

SÄDEHOITOPOTILAAN KIRJALLINEN JA AUDIOVISUAALINEN OHJAUSMATERIAALI

Pohjois-Karjalan keskussairaalan säde-
hoitoyksikön kotisivuille

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 SYÖPÄ.....	5
3 SÄDEHOITO JA SÄDEHOITOPROSESSI	6
4 SÄDEHOITOPOTILAAN OHJAUS	7
4.1 Ohjauksen tavoitteet sädehoidossa	8
4.2 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät.....	9
4.3 Suullinen ohjaus	9
4.4 Kirjallinen ohjaus	10
4.5 Audiovisuaalinen ohjaus	11
4.6 Internet-ohjaus	11
4.7 Muut ohjausmenetelmät.....	12
5 POTILAAN HOITOPOLKU POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALAN SÄDEHOITOYKSIKÖSSÄ.....	13
5.1 Potilaan hoitopolku ennen sädehoidon aloittamista	13
5.2 Ensimmäinen sädehoitokerta	15
6 POTILAAN OHJAUS POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALAN SÄDEHOITOYKSIKÖSSÄ.....	17
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
7.1 Tarkoitus ja tavoite	17
7.2 Opinnäytetyön prosessi	18
7.2.1 Tiedonhankinta	18
7.2.2 Ohjemateriaalin suunnittelu	19
7.2.3 Ohjemateriaalin toteutus.....	21
7.2.4 Opinnäytetyön kirjallinen raportointi	22
7.2.5 Salassapito.....	22
9 TUOTOS	22
10 POHDINTA	23
12 LÄHTEET	27
LIITE 1: KUVAUSOHJE	31
LIITE 2: KIRJALLINEN OHJAUSMATERIAALI.....	32

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Radiografian ja sädehoidon koulutusohjelma			
Työn tekijä(t)			
Susanna Karttunen			
Työn nimi			
Sädehoitopotilaan kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjausmateriaali Pohjois-Karjalan keskussairaalan sädehoitoyksikön kotisivuille			
Päiväys	6.11.2014	Sivumäärä/Liitteet	30+2
Ohjaaja(t)			
Lehtori Partanen Tuula			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Osastonhoitaja Raakel Ikonen, Pohjois-Karjalan keskussairaalan sädehoitoyksikkö			
Tiivistelmä			
<p>Lisääntyneet syöpädiagnoosit kasvattavat sädehoitopotilaiden määrää tulevaisuudessa. Tämä luo tarvetta lisätä ja kehittää sädehoitoa saavien potilaiden ohjausta, sillä hyvään potilaan hoitoon kuuluu oleellisesti potilaan ohjaus. Sädehoitopotilaiden on myös todettu hyötyvän potilaan ohjauksesta, jossa on yhdistynyt useita potilaan ohjausmenetelmiä. Tavallisimmat potilaan ohjausmuodot ovat suullisia ja kirjallisia. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä on yhdistetty kirjallisia, audiovisuaalisia ja Internet-ohjausmenetelmiä.</p> <p>Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on kirjallisesta ja audiovisuaalisesta aineistosta koostuva potilasohjemateriaali, joka julkaistaan opinnäytetyön yhteistyökumppanin, Pohjois-Karjalan keskussairaalan kotisivuilla. Audiovisuaalinen ohjemateriaali toteutettiin tarkkaan ennalta mietityn kuvausohjeen mukaan videokuvaamalla. Vastaavaa potilaanohjausmateriaalia ei ole käytössä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän sädehoitoyksikössä tai sen kotisivuilla. Opinnäytetyön tuotos sekä lisää Pohjois-Karjalan keskussairalan sädehoitoyksikössä käytettävää potilasohjemateriaalia että kehittää nykyisiä potilaanohjausmenetelmiä.</p> <p>Potilasohjemateriaali esittelee sädehoitopotilaalle sädehoitoprosessin kulkua ja antaa tietoa sädehoidon toteutuksesta Pohjois-Karjalan keskussairaalan sädehoitoyksikössä. Potilasohjemateriaali on suunnattu sädehoitoa aloittaville potilaille, koska hoitojakson alussa tiedon lisääminen on sädehoitopotilaalle merkityksellistä. Audiovisuaalisen potilasohjemateriaalin on tarkoitus tukea suullista ja kirjallista potilaanohjausta. Audiovisuaalisen ohjemateriaalin avulla voidaan lievittää potilaan kokemaa ahdistusta ja pelkoa sen vuoksi, että siinä esitellään konkreettisesti sädehoitotilannetta ja sädehoitolaitteen toimintaa. Sädehoitotilannetta on hankala kuvata potilaalle suullisen tai kirjallisen ohjauksen avulla. Audiovisuaalista ohjausmateriaalia voidaan käyttää myös apuvälineenä vieraskielisten potilaiden ohjauksessa.</p> <p>Jatkotutkimuksena voitaisiin toteuttaa esimerkiksi laadullinen haastattelututkimuksena, jossa audiovisuaalista potilasohjausta saaneilta potilailta hankittaisiin tietoa audiovisuaalisen ja internetohjausmateriaalin vaikuttavuudesta. Jatkossa voitaisiin toteuttaa myös aiheeseen liittyviä toiminnallisia opinnäytetöitä.</p>			
Avainsanat			
sädehoito, sädehoitoprosessi, potilaan ohjausmenetelmät, kirjallinen potilasohjaus, audiovisuaalinen ohjaus, internetohjaus			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Radiography and Radiationteraphy			
Author(s) Susanna Karttunen			
Title of Thesis Written and audio-visual patient education material for North Karelia Central Hospital's Radiotherapy department's website			
Date	6.11.2014	Pages/Appendices	30+2
Supervisor(s) Lecturer Partanen Tuula			
Client Organization /Partners Head nurse Raakel Ikonen, North Karelia Central Hospital's Radiotherapy Department			
<p>Abstract</p> <p>The number of radiation therapy patients is increasing as the number of cancer diagnoses rises in the near future. This creates a need to increase and improve patient information of radiotherapy patients. Good patient guidance is an essential part of the patient control. Patient education benefits the patients during the radiotherapy. The written, audiovisual and Internet patient education methods are used in this thesis.</p> <p>In this thesis a written and audiovisual patient education material is produced for North Karelia Central Hospital and the technique of audiovisual material is video production. North Karelia Central Hospital doesn't currently have any similar patient guidance methods on their website. The thesis increases patient education material as well as develops patient education methods at North Karelia Central Hospital.</p> <p>The patient education material guides the patient through the radiotherapy process and provides information about radiotherapy treatment in general in the North Karelia Central Hospital. The patient education material is targeted at the patients starting their radiotherapy process. Increasing a patient's information about radiotherapy is necessary as it can help to relieve the anxiety and fear the patient may experience. The aim of this thesis is also to develop current patient education material for the radiotherapy department of North Karelia Central Hospital. The development is necessary for the lack of education material on the website of radiotherapy department. Audiovisual patient information material is designed to support the spoken and written patient education material. Audiovisual education material can also be used as a tool with foreign language speaking patients.</p> <p>The theoretical part of this thesis addresses cancer, radiation therapy, and radiation therapy patient education forms on a general level. The thesis is a functional work, which has been carried out in cooperation with the radiotherapy department of North Karelia Central Hospital. Further study could be a quantitative or qualitative research, such as an interview of patients who have received audiovisual patient education to find out about the effectiveness of Internet education. In the future these kind of functional theses could be produced.</p>			
<p>Keywords</p> <p>radiation therapy, radiotherapy process, patient education methods, written patient education, audio-visual education, internet education</p>			

1 JOHDANTO

Syöpään sairastuu nykyisin noin joka kymmenes suomalainen, ja määrän odotetaan kasvavan väestön ikääntyessä. Esimerkiksi rintasyöpädiagnoosit ovat kasvaneet merkittävästi viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana (Joensuu ja Huovinen 2013, 596). Syöpädiagnoosien myötä kasvaa myös erilaisten syövän hoitomuotojen tarve. Sädehoito on yksi merkittävimmistä syövän hoitomuodoista kirurgisen, solusalpaja- eli sytostaattihoidon ja hormonihoiton rinnalla (Joensuu ym 2006, 112). Kun sädehoitoa saavien potilaiden määrän lisääntyy, kasvaa myös tarve kehittää ja luoda sädehoitopotilaan saamaa informaatiota hoidosta, mihin kuuluu oleellisena osana potilaan ohjaus (Kekäläinen 2002, 16). Potilaan ohjauksen tärkeyttä on pohdittu laajasti muun muassa Ulla Kekäläisen (2002) pro gradu -tutkielmassa *Rintasyöpään sairastuneiden naisten hoitokokemuksia sädehoitojakson aikana*. Kekäläisen (2002, 35) mukaan sädehoitopotilaat hyötyvät runsaasta ja monipuolisista ohjausmenetelmin annettusta potilaan ohjauksesta sädehoitojakson aikana. Sädejakson aikana sädehoitopotilaat pitävät tärkeänä röntgenhoitajan antamaa ohjausta, jossa potilaalle kerrotaan muun muassa hoitojen kulusta, haittavaikutuksista, hoitoajoista, hoitoympäristöstä ja hoitokoneen liikkeistä (Jussila, Kangas ja Haltamo 2010, 187; Karhu-Hämäläinen 2002, 79). Kekäläisen (2002, 71) mukaan varsinkin audiovisuaalisia ohjausmenetelmiä tulisi lisätä sädehoitopotilaiden ohjauksessa. Audiovisuaalisen materiaalin avulla voidaan myös helpottaa huonokuuloisten sekä vieraskielisten tai sellaisien potilaiden ohjausta, jotka eivät syystä tai toisesta pysty vastaanottamaan kirjallista ohjausta (Kyngäs ym. 2007, 116).

Kekäläisen (2002) pro gradun innoittamana halusin opinnäytetyössäni kehittää sädehoitoa saavan potilaan ohjausmateriaalia. Opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi sain Pohjois-Karjalan keskussairaalan sädehoitoyksikön, sillä sen käytössä ei ollut audiovisuaalista ohjausmateriaalia. Internetissä julkaistavan ohjausmateriaalin tarkoituksena on tukea Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (jatkossa PKSSK) sädehoitoyksikön käytössä olevia potilasohjausmateriaaleja ja suullista potilaanohjausta. Internet-ohjauksen tarpeen lisääntymisestä kertoo Tilastokeskuksen vuonna 2008 tekemä tutkimus, jonka mukaan jopa 62 prosenttia tutkimukseen vastanneista kertoi toimintonsa verkossa koskevan terveysaiheista tiedonhankintaa (Räty 2011, 10). Esimerkkinä mainittakoon, että koulutetut keski-ikäiset rintasyöpäpotilaat etsivät tutkimusten mukaan tietoa Internetin avulla (Rummukainen 2013; Siekkinen ym. 2009; 4–10; Siekkinen 2006, 52–54). Internetistä haetun tiedon määrän kasvamiseen lienee useita syitä, esimerkiksi se, että tiedonhakeminen on helppoa ja nopeaa. Karhu-Hämäläisen (2002, 61) mukaan sädehoitopotilaiden tiedon tarve on huomattavasti hoidossa annettua tietoa suurempaa. Myös tämä voi selittää, miksi sädehoitopotilaat hakevat lisäinformaatioita hoitohenkilökunnalta saadun tiedon lisäksi. Saman tuovat esille myös Kääriäinen ym. (2005) artikkelissa *Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta*, jossa käsiteltiin muun muassa potilaan ohjauksen kehittämistä. Tutkimuksen tuloksien tarkastelussa ilmeni, että tutkimuksen kohderyhmä ei saanut riittävästi ohjausta ennen sairaalan tuloa. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola ja Torppa 2005.) Tämä tarkoittaa, että

ennakoivan potilaan ohjaus on merkittävää ja sitä tulee kehittää. Internet-ohjauksen lisääminen voisi olla ratkaisu tähän haasteeseen. Monissa sairaanhoitopiireissä on kiinnitetty Internet-ohjaamisen lisäämiseen huomiota, ja useiden sairaaloiden yleisimpiä potilasohjeita on saatavilla sairaaloiden omilla Internet-sivuilla. Näin potilas voi Internetin avulla hakea häntä koskevan ohjeen ja tutustua siihen haluamaan aikana (Leadbetter 2003, 26–27). Lisäksi ennustetaan, että Internetin avulla jaettu ohjaus lisääntyy entisestään tulevaisuudessa (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Alanen ja Nenonen 2007, 116).

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt ohjausmateriaali koostuu kirjallisesta ja audiovisuaalisesta materiaalista. Audiovisuaalinen ohjaus valittiin kirjallisen ohjausmenetelmän tueksi, koska kirjallisen ja audiovisuaalisen ohjausmenetelmän yhdistämisellä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia ohjauksen vaikuttavuuteen (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renors 2007, 73; Kääriäinen ym.2005).

Potilasohjemateriaali on suunnattu PKSSK:ssa sädehoitoa saavalle potilaalle, ja se esittelee sädehoitopotilaan hoitopolkua PKSSK:ssa. Tavoitteena oli luoda selkeä potilasohjemateriaali, joka lisää sädehoitojaksoaan aloittavan potilaan informaatiota sädehoitojakson kulusta ja toteutuksesta. Potilasohjemateriaalin tavoitteena oli, että se pystyy kertomaan sädehoitoprosessista, sädehoitotoimenpiteestä ja hoitoympäristöstä potilaslähtöisesti sekä mahdollisimman havainnollisesti. Audiovisuaalisen ohjemateriaalin avulla potilas saa konkreettisemmän kuvan hoidon toteutuksesta kuin suullisen tai kirjallisen ohjauksen avulla, joskaan audiovisuaalinen ohje ei poista kirjallisen ja suullisen tarvetta potilaan ohjauksessa. Lisäksi audiovisuaalista ohjemateriaali on tarpeellinen erityispotilasryhmien, kuten vieraskielisten potilaiden ohjaamisessa suullisen ja kirjallisen ohjauksen tukena.

Potilasohjemateriaali julkaistaan PKSSK:n Internet-sivulla, tässä opinnäytetyössä yhdistyy useita potilaanohjausmuotoja: kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjaus sekä Internet-ohjaus. Internetissä julkaistu ohjemateriaali palvelee laajasti erilaisia yleisöjä: hoitoon tulevia ja heidän omaisiaan, sädehoidosta tietoa hakevia ja terveysalan opiskelijoita. Potilasohjemateriaalia voidaan käyttää myös hoitajan vastaanotolla PKSSK:n sädeyksikössä suullisen ohjauksen yhteydessä. Internetissä julkaistuna ohjausmateriaali mahdollistaa materiaalin ajasta ja paikasta riippumattoman käytön, mikä on merkityksellistä: potilas ja hänen läheisensä voivat perehtyä ohjausmateriaaliin haluamaan aikana sädehoitoyksikön ulkopuolella.

2 SYÖPÄ

Syöpädiagnoosit yleistyvät ihmisten eläessä yhä vanhemmaksi, koska mahdollisuus altistua syöpää aiheuttaville tekijöille kasvaa (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 12). Syövän syntyyn vaikuttavia tekijöitä tiedetään monia, mutta silti sen syntymekanismi on monivaiheinen useiden sattumusten summa. Kliinisten tutkimusten mukaan jokin solulle vahingollinen tapahtuma vaurioittaa solua niin, että sen jakaantuessa syntyy virhe, joka johtaa solukon epänormaaliin kasvuun eli syöpään (Isola ja Kallioniemi 2013).

Syöpä on nimenomaan pahanlaatuisten kasvainten nimi (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 12). Pahanlaatuiset kasvaimet kasvavat nopeasti, ja niitä on hankala nujertaa, kun taas hyvänlaatuiset kasvavat hitaasti ja ovat pääasiassa helposti hoidettavissa (Isola ja Kallioniemi 2013, 10; Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 12). Pahanlaatuinen kasvain tuhoaa kasvaessaan terveitä kudoksia ja vie tilaa verenkierrolta sekä imuteiltä. Tämä aiheuttaa kipua ja toimintahäiriöitä elimistössä. Lisäksi pahanlaatuinen syöpäkasvain voi lähettää syöpäsoluja muualle elimistöön veri- ja imusuonien avulla. Tämän mekanismin avulla muualle levinneet syöpäsolut muodostavat etäpesäkkeitä eli metastaaseja. (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 12.)

Syövän hoito on Suomessa hyvin kehittynyttä ja organisaatioitua. Kuitenkin syöpä sairautena on hyvin potilaskohtainen, sillä eri syöpätyyppien hoito vaihtelee suuresti ja samankaltaisten syöpätapauksien kulku samanlaisesta hoidosta huolimatta voi olla hyvin erilainen. Myös sairauden uusiutuminen on hyvin potilaskohtaista. (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 13.) Uusia syövän tutkimus- ja hoitomuotoja kehitellään jatkuvasti. Syöpäsairauksien hoidoissa tärkeää on nopea hoitoon hakeutuminen. Osaan syöpäsairauksista on olemassa seulontatutkimuksia, joiden avulla syöpä voidaan havaita ennen kuin potilas kokee mitään oireita. Ajoissa löydetyt muutokset vaikuttavat oleellisesti potilaan ennusteeseen. On todettu, että jopa 90 prosenttia aikaisessa vaiheessa todetuista rintasyövistä voidaan parantaa. (Sankila 2013, 35; Anttila ja Malila 2013, 54; Javanainen 2007.)

Syövän dignosoinnin jälkeen syöpäpotilaan hoito etenee hoitojen yksilöllisellä suunnittelulla. Syövän hoito riippuu monista tekijöistä, joista tärkempänä on tiedot taudin levinneisyydestä, pahanlaatuisuudesta ja potilaan voinnista. Useimmiten voidaan yhdistää useita hoitomuotoja parhaan lopputuloksen aikaansaamiseksi. Esimerkiksi rintasyöpäpotilaat saavat useimmiten ensin leikkaushoidon, jossa kasvain poistetaan joko rinnan osa- tai kokopoistona. Nykyisin pyritään säästävään leikkaukseen, mikäli se on mahdollista. Leikkaushoidon tueksi annetaan yksilöllisesti solusalpaaja- tai sädehoitoa tai molempia. (Leidenius ja Joensuu 2013, 603; Jussila ym. 2010, 26; Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 26–27.)

3 SÄDEHOITO JA SÄDEHOITOPROSESSI

Sädehoitoa on käytetty syöpätautien hoitomuotona yli sadan vuoden ajan (Kouri ja Tenhunen 2013, 148; Johansson 2012). Sädehoito perustuu korkeaenergiseen ionisoivaan säteilyyn, jonka avulla voidaan tuhota syöpäsolukkoa, koska syöpäsolukko reagoi herkemmin säteilylle kuin terve kudoks. Riittävä säteilyannos lamauttaa solun, jolloin se ei pääse enää kasvamaan tai kuolee. (Kouri ja Tenhunen 2013, 154; Johansson 2012; Valve 2010, 32–76.) Sädehoitoa voidaan antaa ulkoisesti tai sisäisesti. Tavallisesti annetaan ulkoista sädehoitoa, joka tuotetaan lineaarikiihdyttimen eli sädehoitokoneiden avulla. (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 25.) Sisäinen sädehoito toteutetaan kudoksen tai ruumiinontelon sisälle laitettavan säteilylähteen avulla (Syöpäinfo 2014). Tämä vaatii syöpätautien lääkäriltä, fyysikoilta ja röntgenhoitajilta erityistä perehtyneisyyttä. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain ulkoista sädehoitoa.

Sädehoito on kokonaisvaltaista syöpäpotilaan hoitoa, jonka tavoitteena on pysäyttää syövän leviäminen joko parantaen eli kuratiivisesti tai elämänlaatua kohentaen eli palliatiivisesti (Jussila ym. 2010, 10). Sädehoitoa voidaan antaa muita syöpähoitoja tukevana hoitomuotona, mutta myös ainoana hoitona. Sädehoito on aina yksilöllisesti suunniteltua, ja yleinen sädehoitojakson pituus kuratiivista sädehoitoa saavalla potilalla on kolmesta seitsemään viikkoa. Palliatiiviset hoitotaksot voivat olla vain viikon mittaisia. (Vehmanen 2012.) Tavallisesti sädehoitojaksoa saava potilas saa yhden säteilyannoksen eli kerta-annoksen kerran päivässä joka arkipäivä. Toisin sanoen kokonaisannos annetaan potilaalle jaksotetusti eli fraktioiden. Tavanomaisin tapa eli konventionaalinen fraktiointi on antaa potilaalle yksi kerta-annos viitenä päivänä viikossa. Fraktiointi suunnitellaan aina jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. (Kouri ja Tenhunen 2013, 163–164; Jussila ym. 2010, 63.) Puhuttaessa kokonaisannoksesta tarkoitetaan sitä sitä säteilyannosta, jonka potilas saa koko sädehoitojakson aikana. Säteilyannokset on ilmoitetaan Gy:nä eli graynä, joka tarkoittaa absorboitunutta annosta eli potilaan saamaa sädeannosta. (Valve 2010, 39; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 7.)

Sädehoito voi aiheuttaa potilaalle välittömiä tai pitkäaikaisia haittavaikutuksia, jotka tulee ottaa huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Ennen hoitoa potilaan tulee olla tietoinen mahdollisista haittavaikutuksista ja saada oireenmukaista hoitoa tarvittaessa. Yleensä haittavaikutukset ovat kuitenkin ohimeneviä ja loppuvat hoidon päättyessä. Haittavaikutukset riippuvat useimmiten siitä, mitä alueita hoidetaan. Nykitekniikan avulla sädehoitoa voidaan kuitenkin toteuttaa tarkasti. Näin myös haittavaikutukset minimoidaan, kun hoito saadaan toteutettua tarkemmin kohde-alueelle. (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 26–27.)

Sädehoitoprosessia käsitellään tässä työssä luvussa yleisellä tasolla. Yksityiskohtaisempi kuvaus sädehoidon prosessin etenemistä esitellään luvussa *Potilaan hoitopolku PKSSK:n sädehoitoyksikössä*. Potilaan ohjaamisen ollessa kokonaisvaltaista, koko hoitopolun kattavaa, suunniteltua ja tavoitteellista toimintaa on tärkeää ymmärtää sädehoitoa saavan potilaan hoitopolku. Sädehoidossa potilaan hoitopolku alkaa aina lähetteestä erikoissairaanhoidon. Syöpäsairaudesta riippuen syövän hoito voi olla kirurgista hoitoa, lääke- tai

solunsalpaajahoidoa tai sädehoitoa. Useissa syöpätaudeissa on tehokkainta yhdistää eri hoitomuotoja. Näin esimerkiksi kirurgisen hoidon jälkeen voidaan antaa liitännäishoitona sädehoitoa. Syövän hoito suunnitellaan aina jokaiselle syöpäpotilaalle yksilöllisesti, ja hoitolinjan valinnasta riippuu, alkaako syöpäpotilaan hoitoprosessi esimerkiksi kirurgian poliklinikalle lähetetystä läheteestä vai syöpätautien poliklinikalle lähetystä läheteestä. Kun potilaan lähete saapuu erikoissairaanhoidon, arvioidaan ensin hoidon tarve ja kiireellisyys. Sädehoitopolun toteuttaminen alkaa hoitavan lääkärin hoitopäätöksestä. Ennen varsinaista hoidon suunnittelua potilaan tulee käydä sädehoitolääkärin alkuvastaanotolla, jossa käydään läpi muun muassa sädehoitoon tulevan potilaan vointi ja mahdolliset muut perussairaudet. Sädehoitopäätös on aina lääkärin määräys. Lääkäri määrää sädehoitoannoksen, hoitoenergian ja fraktiontitavan yksilöllisesti. (Jussila ym. 2010, 78.)

Sädehoitosuunnitelmaa varten potilas kuvataan tietokonetomografiakuvauksen eli TT-kuvauksen avulla sädehoitoa vaativalta aleelta, jotta saadaan tarkka informaatio potilaan anatomiasta ja hoitoalueesta annossuunnittelua varten (Jussila ym. 2010, 14). Suunnittelukuvauksen yhteydessä potilaaseen merkitään refenssipisteet, joiden mukaan potilas asetellaan hoitoasentoon jokaisella hoitokerralla (PKSSK 2013c–d; SATSHP 2012, 8). Kuvauksen jälkeen TT-kuvat siirretään annossuunnittelua varten lääkäreille ja fyysikoille piirrettäväksi ja laskettavaksi (Jussila ym. 2010; KYS 2008; KYS 2004). Kun henkilökohtainen annossuunnitelma on valmis, voidaan alkaa toteuttaa varsinaista sädehoitoa. Ennen hoitojaksoa tai hoitojakson alussa potilaalle tehdään myös tunnisteet, jotka sisältävät kasvokuvan potilaasta ja sormenjälkitunnusten. Näiden avulla varmistutaan siitä, että hoidettava potilas on oikea. (Jussila ym. 2010, 83–86; KYS 2004.) Potilaan ensimmäinen sädehoitokerta toteutuu tavallisemmin noin viikon suunnittelukuvauksen jälkeen.

4 SÄDEHOITOPOTILAAN OHJAUS

Potilaan ohjaukseen sovelletaan erilaisia lakeja ja asetuksia. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrää, että potilaalle kuuluu antaa ymmärrettävästi tietoa hänen sairaudestaan ja sen hoidosta. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, ja hänelle tulee kertoa hänen terveydentilaansa koskevista asioista niin, että hän voi vaikuttaa hoitoonsa. Lisäksi asianmukaisen ohjaamisen katsotaan kuuluvaan potilaan hyvään hoitoon. (Jussila ym. 2010, 182; Kyngäs ym. 2007, 17; Kekäläinen 2002, 71.) Lisäksi potilaan ohjauksessa sovelletaan terveydenhuoltolakia 30.12.2010/1326 ja lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, joiden etiikkaa voidaan soveltaa hyvään potilaan ohjaamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 16–17). Potilaan ohjauksella tarkoitetaan ohjaamisen lisäksi neuvontaa ja opetusta. Tämän lisäksi sädehoitopotilaat tarvitsevat myös terveyttä ja hoitoa koskevien neuvojen lisäksi usein henkistä tukea sairautensa keskellä. Torkkolan, Heikkisen ja Tiaisen (2002, 22) mukaan potilasohje on terveystietoa, jonka muodon määrittelee sen kohderyhmä. Terveystietoa voidaan toteuttaa erilaisissa ohjaustavoissa, ja sen

tarkoituksena on antaa potilaalle neuvoa, opastusta ja ohjeita terveyteen sekä sairauden hoitoon liittyvissä asioissa. (Torkkola ym. 2002, 7, 34.)

Tavallisimmin käytetyt potilaan ohjausmenetelmät ovat joko suullisia tai kirjallisia. Potilaan ohjauksessa voidaan myös käyttää audiovisuaalisia menetelmiä ja demonstraatiota eli käytännön harjoittelua ohjatusti. Lisäksi potilaanohjaus voidaan toteuttaa myös puhelimitse tai Internetin välityksellä sekä ryhmäohjauksena. (Jussila ym. 2010, 186–200; Kääriäinen ym. 2005, 27–29). Kyngäksen ym. (2007, 73) mukaan tehokkainta on yhdistää monia ohjausmuotoja.

Suullisen potilaan ohjaamisen etuna kirjalliseen on vuorovaikutus potilaan kanssa. Kirjallisen ohjaamisen positiivisena puolena potilaan vapaus lukea saamansa ohjausmateriaalia omaan tahtiinsa ja tarvittaessa useita kertoja. Suullisessa ohjaamisessa on väärinymmärryksen riski silloin, kun ohjaus on epäselvää. Kuitenkin molemmat menetelmät ovat tärkeitä ohjaustapoja niiden helppouden vuoksi. (Kääriäinen ym. 2005, 27–29; Jussila ym. 2010, 186–189.) Henkilökohtaisessa ohjauksessa on tärkeää luoda potilaalle turvallinen, luotettava ilmapiiri. On myös muistettava motivoida potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa (Mustajoki ja Kunnamo 2009).

Sädehoidossa käytetään potilaan ohjaamiseen pääosin suullista ja kirjallista ohjausmenetelmää, ja jokainen sädehoitoa antava sädehoitoyksikkö päättää ohjausmateriaalinsa sisällöstä itse. Tästä syystä ohjausmateriaaleissa on pieniä eroja. Vaikka pääpiirteittäin ohjausmateriaaleissa on kerrottu samoja asioita, eroja voi olla esimerkiksi materiaalin laajuuksissa. Suulliseen ohjaukseen vaikuttavat useat, niin ohjaajasta kuin ohjattavastakin johtuvat, tekijät. Tällaisia ovat puheen selkeys, sanaton viestintä, motivaatio, keskittyminen ohjaukseen ja ohjauksen oikein kuuleminen. Sädehoidossa ohjaus voi kärsiä myös henkilökunnasta riippumattomista syistä, kuten työvoimapulasta johtuvasta kiireestä. Onnistunut potilaan ohjaus tarkoittaa, että ohjattava on sisäistänyt asiasisällön niin hyvin, että pystyy soveltamaan sen tarpeisiinsa ja voimavaroihinsa sopivaksi.

4.1 Ohjauksen tavoitteet sädehoidossa

Ohjauksen tulisi olla mahdollisimman asiakaslähtöistä toimintaa (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, Torppa 2005) ja huomioida, että potilas on oman terveytensä ja hyvinvointinsa asiantuntija (Kyngäs & Hentinen 2008, 77–78; Leadbetter 2003, 26–27). Jussilan ym. (2010, 188) mukaan ennen sädehoidon alkua toteutettu potilaan ohjaus auttaa potilasta valmistautumaan hoitoon ja antaa potilaalle mahdollisuuksia paremmin vaikuttaa omaan hoitoonsa. Ohjauksen tulee olla aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Se vaatii aktiivisuutta niin ohjaavalta hoitajalta kuin ohjattavalta potilaalta. Tavoitteena on edistää potilaan hyvinvointia ja saavuttaa hyvä hoitotulos. (Kääriäinen, Lahdenperä ja Kyngäs 2005, 27; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola ja

Torppa 2005, 28.) Jos hoitaja ei ole riittävän motivoitunut ohjaukseen, vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä kärsii, ja se alentaa ohjauksen laatua (Kääriäinen ym. 2005, 28).

Ohjauksen suunnittelu on prosessi, ja ohjausta voidaan suunnitella muun muassa apukysymyksien avulla saadun tiedon perusteella: mitä tietoja tai taitoa potilas tarvitsee? Miten potilas kykenee vastaanottamaan ohjausta? Kysymyksiin vastaaminen vaatii muun muassa potilaan taustojen ja voinnin tuntemista (Kyngäs ja Hentinen 2008, 8, 77–78; Kyngäs ym. 2007, 43.) Ohjaavalta hoitajalta edellytetään tapoja tunnistaa potilaiden tarpeita ja oppimistyyliä. Kyngäksen ym. (2007, 75) mukaan ihanteellisinta olisi miettiä ohjauksen tavoitteet yhdessä ohjattavan kanssa, jotta ne olisivat konkreettisesti saavutettavissa.

4.2 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät

Potilaan ohjaukseen vaikuttavat niin fyysiset kuin psyykkiset taustatekijät. Fyysisiä taustatekijöitä ovat ikä, sukupuoli ja potilaan fyysinen terveydentila. Iällä on ohjauksessa yllättävän suuri merkitys, sillä vanhuksen ja keski-ikäisen ohjaustarve on aivan erilainen johtuen iän tuomista muutoksista, esimerkiksi kuulon ja näkökyvyn sekä muistin heikkenemisestä. (Kyngäs ym. 2007, 29.) Ohjauksessa on myös otettava huomioon, että syöpään sairastuminen voi laukaista potilaalle kriisin, joka voi heikentää informaation vastaanottokykyä (Kyngäs ym. 2007, 32; Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 51). Potilaan ohjauksessa hoitohenkilökunnan haasteena on osata arvioida, missä selvitymisprosessin vaiheessa potilas on, koska se vaikuttaa oleellisesti potilaanohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 54). Näissä tilanteissa auttaa, jos potilaasta ohjataan mahdollisimman yksiselitteisesti ja lyhyesti, ja annetaan vain suullista ja kirjallista ohjausta hoidon pääasioissa. Karhu-Hämäläisen (2002, 23) mukaan ohjaukseen vaikuttaa myös potilaan koulutustaso: koulutettu henkilö on oma-aloitteisempi etsimään itse tietoa sairaudesta kuin vähemmän koulutettu henkilö. Ohjaustilanteisiin tulisi hoidon alussa varata riittävästi aikaa, ja ohjaustilan rauhallisuuteen olisi tärkeää panostaa. Ylimääräiset häiriötekijät tulisi sulkea pois niin, että ohjaustilanteesta luotaisiin potilaan oma hetki. (Kyngäs ym. 2007, 36–37; Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 55, 211.) On otettava huomioon, että sairaala on toisille potilaille tutumpi kuin toisille ja että sädehoitoon liittyvät koneet ja laitteet voivat aiheuttaa pelkoa, mikä heikentää myös potilaan vastaanottokykyä (Jussila ym. 2010, 183).

4.3 Suullinen ohjaus

Potilaan suullinen ohjaaminen on käytetyimpiä ohjausmenetelmiä vaivattomuutensa ja helppoutensa vuoksi. Lisäksi sitä voidaan soveltaa yksilöllisesti potilaan tarpeisiin. (Jussila ym. 2010, 186–187.) Koska röntgenhoitajat ovat vuorovaikutuksessa potilaan kanssa päivittäin, röntgenhoitajan antama suullinen ohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoa (Jussila ym. 2010, 183). Suullisen ohjauksen etuna on se, että se mahdollistaa vuoropuhelun ja

vuorovaikutteisen suhteen potilaan kanssa. Potilaalla on suullisen ohjauksen yhteydessä mahdollista esittää kysymyksiä ja saada niihin vastauksia vaivattomasti.

Suullinen ohjaus mahdollistaa myös potilaan haastattelun, eli hoitaja voi kysyä potilaalta hoitoon tai sen suunnitteluun liittyviä kysymyksiä, joihin saadaan välittömästi vastauksia. Suullisen ohjauksen avulla voidaan myös antaa tehokkaasti palautetta puolin ja toisin. Suullisessa ohjauksessa on omat haasteensa. Esimerkiksi potilaan huono kuulo voi aiheuttaa väärinymmärryksiä. (Jussila ym. 2010, 186–187.) Suullisessa ohjauksessa tulee huomioida, että tila, jossa ohjaus tapahtuu, on rauhallinen. Huoneen tulisi olla riittävän valoisa, että myös nonverbaalinen eli sanaton viestintä (eleet) voisi täydentää suullista ohjausta. Hoitajan tulisi istua samalla tasolla asian kanssa, kuitenkin sopivan matkan päässä potilaasta, ja heillä tulisi olla katsekontakti. (Kyngäs ym. 2007, 37–39.)

4.4 Kirjallinen ohjaus

Kirjallista potilaanohjausta ovat erilaiset kirjalliset oppaat, esitteet tai ohjeet. Kirjallinen ohjaus on laajasti käytettyä, sillä sen avulla saadaan tehostettua potilaan ohjausta ja hoitoa. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallisen potilaan ohjauksen etuna on, että potilas voi haluamaan aikana tutustua kirjalliseen materiaaliin. Näin potilaan on helppo kerrata sen avulla suullisen ohjauksen sisältöä. (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 211; Kekäläinen 2002, 71.) Paperinen ohje on kätevää antaa potilaalle osastolta mukaan, tai sen voi postittaa potilaan kotiosoitteeseen (Hyvärinen ja Räsänen 2010, 23; Kyngäs & Hentinen 2008, 115; Kyngäs ym. 2007, 124). Kirjallinen ohjausmateriaali tulee toteuttaa mahdollisimman informatiivisesti niin, että väärinymmärryksen riski on mahdollisimman pieni. Siksi se tulee kirjoittaa yleiskielellä, ja lääketieteellisiä termejä tulee välttää tai ne tulee suomentaa. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Periaatteena on, että kirjallisen ohjeen tulisi olla mahdollisimman ymmärrettävä ja vastata potilaan kielitasoa (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 211). Käytetyn kirjasimen tulee olla selkeä ja riittävän kokoinen, että teksti on helppolukuista. Tekstin lisäksi ohjeeseen voidaan lisätä kuvia tai kaavioita, jos niiden avulla voidaan selventää tekstin sisältöä. Lauseiden tulisi olla melko lyhyitä, sillä pitkiä lauseita tulee välttää. Kirjoittaessa tulisi käyttää myös aktiivimuotia passiivimuodon sijaan. Ohjeeseen tulee merkitä päivämäärä, milloin ohje on tullut voimaan, ja lisäksi laatijan nimi ja osaston yhteystiedot (Kyngäs ym. 2007, 126–127). Kirjallisessa potilaan ohjauksessa on tärkeää muistaa tietojen säännöllinen päivitys, jotta kirjallinen ohjaus vastaa suullista ohjausta (Kekäläinen 2002, 71). Kun kirjallinen tieto on päivitettyä ja vastaa hoidon toteutusta, se tukee muita ohjausmuotoja ja korjaa mahdollisia väärinymmärryksiä (Jussila ym. 2010, 186–187).

Kirjallisten ohjeiden huono puoli voi olla se, että ne on mahdollista kirjoittaa liian monimutkaisesti, jolloin niiden tulkinta on asiakkaalle liian vaikeaa. Kirjallisten ohjeiden sisältö on usein liian laaja, eikä yksityiskohtaisempaa tietoa ei ole aina tarjolla. Huonosti ymmärrettävät kirjalliset ohjeet voivat alentaa muun ohjauksen vaikuttavuutta. (Kyngäs ym.

2007, 125.) Sädehoidossa kirjallinen ohjaus tukee suullista ohjausta. Sen katsotaan alkavan jo kutsukirjeestä, ja se ohjaa potilasta koko sädehoitojakson ajan. Hoitojen aikana potilalle voidaan antaa kirjallisia ohjeita muun muassa haittavaikutuksien oireenmukaiseen hoitoon.

4.5 Audiovisuaalinen ohjaus

Audiovisuaalinen tarkoittaa liikkuvan kuvan ja äänen yhdistämistä yhtenäiseksi kokonaisuudeksi (Herkman 2001, 6). Audiovisuaaliseksi ohjaukseksi voidaan määritellä myös äänikasettien ja tietokoneohjelmien välityksellä annettavaa ohjausta (Jussila ym. 2010, 190). Audiovisuaalinen potilaan ohjaus on ensisijaisesti suullista ja kirjallista potilaan ohjausta tukeva muoto, ja sen etuna on riippumattomuus ajasta ja paikasta. Potilas voi tutustua videomateriaaliin haluamanaan ajankohtana ilman hoitohenkilökunnan läsnäoloa. (Jussila ym. 2010, 190.) Audiovisuaalisen potilaanohjausmateriaalin tulee olla informatiivinen ja selkeä. Videomateriaalin käytön vahvuus on liikkuvan kuvan antama informaatio: potilas voi tutustua hoitoyksikköön ja hoitolaitteisiin (Kyngäs ym. 2007, 122). Lisäksi audiovisuaalisesta ohjauksesta hyötyvät ne potilaat, jotka eivät voi vastaanottaa kirjallista ohjausta (Kyngäs ym. 2007, 122). Esimerkkinä ulkomaankieliset sädehoitopotilaat. Audiovisuaalinen ohjausmenetelmä tukee potilaan itseohjautuvuutta, mutta ennen sen käyttöä tulee varmistaa potilaan motivoituneisuus, pystyykö hän ottamaan vastaan tällaista ohjaustapaa. (Jussila ym. 2010, 182–200.) Audiovisuaalisen ohjausmateriaalin huonona puolena on sen kalliit tuotantokustannukset verrattuna muiden ohjausmenetelmien käyttöön (Kyngäs ym. 2007, 117).

4.6 Internet-ohjaus

Internet-ohjaukseksi määritellään tietoverkkojen välityksellä jaettu tieto ja annettu ohjaus, ja se on tulevaisuudessa kasvava potilaanohjauksen muoto, jolla voidaan tukea suullista ja kirjallista potilaanohjausta. Internet-ohjaus antaa uudellaisia mahdollisuuksia kehityksen myötä, mutta on muistettava, ettei se korvaa vuorovaikutteista ohjausta ihmisen kanssa. (Jussila ym. 2010, 194; Kyngäs ja Hentinen 2008, 113–114.) Myös Internet-ohjauksessa asiasisällön tulee vastata ajanmukaista hoitoa ja lääketieteellisiä faktoja.

Internet-ohjauksen mahdollisuutena on se, että se voi tehostaa potilaan saamaa muuta ohjausta ja siten vähentää hoitoon liittyviä käyntejä sairaalassa (Kyngäs ja Hentinen 2008, 113–114). Internet-ohjauksen huonona puolena on se, ettei se sovellu sellaisille potilaille, jotka eivät osaa käyttää tietokoneita tai joilla olla on huono näkö (Kyngäs ym. 2007, 122). Lisäksi Internet-ohjaus voi kuormittaa hoitohenkilökuntaa, sillä se edellyttää tietoteknisiä taitoja myös hoitohenkilökunnalta (Kyngäs ym. 2007, 123; Välimäki ym. 2007, 116). Kuitenkaan internetohjaus ei ole aivan ongelmaton, koska kaikki Internetissä jaettu tieto ei ole luotettavaa ja oikeellista. Siekkisen ym. (2009) mukaan potilaat kuitenkin kokevat Internet-tiedon luotettavaksi. Tähän vaikuttavat tietoa etsivän potilaan atk-taidot ja valmiudet arvioida tiedon luotettavuutta kriittisesti (Hyvärinen ja Räsänen 2010, 22–23; Kyngäs &

Hentinen 2008, 93–114; Leadbetter 2003, 26–27). Lähdekirjallisuuden mukaan potilaat osaavat pääasiassa arvoida haetun tiedon ja tietolähteiden luotettavuutta (Anderson ja Klemm 2008, 55–61; Leadbetter 2003, 26–27; Siekkinen 2006, 53–54; Siekkinen ym. 2009, 4–10).

4.7 Muut ohjausmenetelmät

Sädehoitopotilaiden ohjauksessa voidaan käyttää myös puhelinohjausta, demonstraatiota ja ryhmäohjausta. Puhelinohjaus on yleistynyt helppoutensa vuoksi (Kyngäs ym. 2007, 117). Etuna on varsinkin se, ettei potilaan ei aina tarvitse tulla fyysisesti paikalle saadakseen ohjausta. Puhelinohjaus määritellään suulliseksi ohjaukseksi, ja se on vaivaton tapa antaa potilaalle ohjausta nopeasti niin, ettei potilaan tarvitse saapua sairaalaan. Potilas on oikeutettu saamaan puhelinohjausta koko hoitajaksonsa ajan ja myös sen päätyttyä. Puhelinohjauksessa on huomioitava myös puheen selkeys eli artikulaatio. Puhelinohjauksen ongelmia ovat väärinymmärryksen riski ja se, että sanatonta eli nonverbaalista viestintää ei voida hyödyntää puhelinohjauksen tukena. Puhelinohjausta varten tulee varata rauhallinen, häiriötön ympäristö. Puhelinohjaus vaatii muiden ohjausmuotojen lailla suunnittelua ja valmistautumista. (Jussila ym. 2010 ; Kyngäs ym. 2007, 118.) Käytännön opastusta ja harjoittelua kutsutaan demonstraatioksi. Sitä käytetään yleisimmin, kun halutaan näyttää potilaalle, kuinka potilaan tulee toimia erilaisissa hoitotoimenpiteissä. Demonstraation avulla potilaalle voidaan esimerkiksi näyttää konkreettisesti, kuinka jokin asia (esim. sädehoidetun ihon hoito) tehdään (Kyngäs ym. 2007, 128–129). Demonstraatio on hyvä suullisen ja kirjallisen ohjauksen apumenetelmä, mutta se vaatii aina ohjaajalta aikaa ja ennakkovalmistautumista (Kyngäs ym. 2007, 131). Demonstraatio vaatii myös hoitajan konkreettisen läsnäolon potilaan kanssa (Jussila ym. 2010, 190). Demonstraatio voi helposti johtaa ohjausta saavan potilaan passivoitumiseen (Kyngäs ym. 2007, 129), ja siksi potilaan motivoiminen demonstraation avulla tehtyyn ohjaukseen on tärkeää. Ryhmäohjaukseksi määritellään ohjaustapahtuma, johon osallistuu kaksi tai useampia ohjattavia. Ryhmäohjauksen etuna on taloudellisuus, sillä informaatiota voidaan jakaa useammalle potilaalle yhdellä kertaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.) Ongelmiksi kuitenkin muodostuvat potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja salassapito (Jussila ym. 2010), ja siksi ryhmäohjaus soveltuukin pääasissa täydentävään ohjaukseen. Ryhmäohjauksen avulla voidaan potilaalle antaa sosiaalista tukea, vertaistukea ja toteuttaa erilaisia moniammatillisia ohjauspalveluja kuten ravitsemusohjausta, kuntouttavaa fysioterapiaohjausta ja seksuaaliterapiaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.) Sairaanhoidon liittyvässä ryhmäohjauksessa tarvitaan aina asiantunteva ohjaaja, jonka tehtävänä on vetää ryhmää. Ryhmän vetäminen on vastuullista toimintaa, joka vaatii ohjaajalta sosiaalisia taitoja ja edellyttää vuorovaikuksen luomista ohjaattavaan ryhmään. (Kyngäs ym. 2007, 107–109.)

5 POTILAAN HOITOPOLKU POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALAN SÄDEHOITOYKSIKÖSSÄ

Pohjois-Karjalan keskussairaalan syöpätautien poliklinikalla hoidetaan solunsalpaaja- ja sädehoitoa saavia syöpäpotilaita, ja tässä opinnäytetyössä keskitytään kuvaamaan pääasiassa PKSSK:ssa ulkoista sädehoitoa saavan syöpäpotilaan hoitopolkua, joka alkaa aina syöpätautien erikoislääkärin sädehoitopäätöksestä.

5.1 Potilaan hoitopolku ennen sädehoidon aloittamista

Lääkäri määrittää sädehoitojakson pituuden, hoitoannoksen ja fraktiointi- eli jaksotustavan yksilöllisesti potilaan voinnin ja syöpäsairauden mukaan. PKSSK:ssa sädehoitopäätöksen jälkeen potilas tapaa sädehoitoyksikön ohjaavan röntgenhoitajan, jonka kanssa käydään läpi hoitojaksoa koskevia käytännön asioita. Röntgenhoitajan vastaanoton jälkeen tehdään potilaalle maski, muotti tai tarvittavat fiksaatiot, mikäli potilaan hoito niitä vaatii. Maskeja ja muotteja tarvitaan useimmiten ainoastaan pään- ja kaulan alueen sädehoitojaksoilla, mutta poikkeuksiakin on hoitokohteen mukaan. Tässä yhteydessä voidaan potilaalle tehdä myös tunnisteet, mutta pääsääntöisesti PKSSK:ssa tunnisteet tehdään potilaalle vasta ensimmäisen sädehoitokerran yhteydessä.

Seuraavaksi potilaan polku etenee suunnittelukuvaukseen, joka toteutetaan PKSSK:ssa tietokonetomografian avulla. Suunnittelukuvaleikkeiden avulla saadaan tarkkaa tietoa kasvaimen sijainista ja annoslaskennassa tarvittavaa tietoa kudostiheyksistä (Kouri ja Tenhunen 2013, 170). Ennen suunnittelukuvauksen alkua potilas asetellaan sellaiseen asentoon, jossa potilas pysyy liikkumattomana tyynyjen ja erilaisten telineiden avulla, kuitenkin niin, että potilas on kuvauksessa mahdollisimman rento ja suorassa (PKSSK 2013c–d; SATSHP 2012, 8; KYS 2004). Tätä potilaan asettelua liikkumattomaksi kutsutaan myös fiksaatioksi ja siinä käytettäviä välineitä fiksaatiovälineiksi. Suunnittelukuvauksen asennon tulee olla toistettavissa niin, että potilas voidaan asettaa samaan asentoon jokaisella sädehoitokerralla. Esimerkiksi rinnan sädehoitoa saavat potilaat asetellaan tähän tarkoitukseen suunniteltuun rintatelineeseen, jonka asetuksia säädetään jokaisen potilaan anatomian mukaisesti. Lantion alueen hoidossa fiksaatiovälineinä käytetään erilaisia tyynyjä ja tukia kuten tiili-, kiila-, polvi- ja sylinterityynyä sekä nilkkatelinettä. Pään alueen hoidossa käytetään puolestaan erilaisia maskitelineitä ja maskeja. Maskien malli riippuu paljon hoitoalueesta ja siitä, onko hoito kuratiivinen vai palliatiivinen. Suunnittelukuvauksessa käytetyt fiksaatiovälineet kirjataan ylös potilastietojärjestelmään ja sädehoitokorttiin hoidon toteuttamista varten.

Kun suunnittelukuvaus on tehty, kuvauslaitteen laserien avulla merkitään potilaan iholle referenssipisteet tatuomalla sekä tusseilla ja tarroilla, mahdollisimman pysyvään kohtaan (PKSSK 2013c–d; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 8). Esimerkiksi rinnan alueen sädehoidossa referenssipiste tehdään yleensä keskelle rintalastaa, koska se on suhteellisen liikkumaton paikka. (KYS 2007.) Tatuointipisteistä tulee tehdä näkyviä, mutta useimmiten ne ovat hyvin pieniä ja muistuttavat lähinnä pieniä luomia. Merkkien tulee pysyä iholla koko

hoidon ajan. Siksi tussimerkinnät tehdään vedenkestävillä tusseilla ja ihotarroilla. (PKSSK 2013c–d; Jussila ym. 2010, 79–102; KYS 2005.) Tussimerkinnät nopeuttavat potilaan asettelua, eivätkä ne jää loppu elämäksi iholle. Ei myöskään haittaa, jos jokin tarramerkki lähtee pois hoidon aikana, sillä tatuoitujen referenssipisteiden avulla niitä voidaan uusua. (KYS 2004.) Merkintöjen määrät ja sijoittelut vaihtelevat hoitoalueen eli hoidon isosentrin ja potilaan anatomian mukaan. Pään ja kaulan alueen hoidossa merkinnät tehdään maskiin. Kun potilaaseen on merkitty referenssipisteet, annetaan potilaalle ohjeet, kuinka tarramerkintöjen irtoamista voidaan ehkäistä. Jotta tarramerkinnät kestäisivät varsinaisen sädehoidon aloitukseen asti, potilaan tulee välttää merkkien ylimääräistä hankaamista muun muassa peseytyessään. Ohjauksen jälkeen potilas voidaan laskea kotiin, kun ollaan varmistettu, että hänellä on tiedossa varsinaisen sädehoidon aloitusaika.

Suunnittelukuvauksen jälkeen alkaa sädehoidon suunnittelu, jonka lääkäri ja fyysikko toteuttavat yhteistyössä. Tavallisesti suunnitteluun varataan viikko, mutta poikkeuksia on hoidon kiireellisyydestä riippuen. Nykyisin sädehoitoa suunnitellaan kolmiulotteisuuteen perustuvalla annossuunnittelulaitteistolla, joka mahdollistaa sädehoidon tarkemman hoidon ja minimoi sädehoidon haittavaikutuksia (Eriksson ja Kuuppelomäki 2000, 25–26). Sädehoidon suunnitteluun vaikuttavat monet tekijät. Tällaisia ovat muun muassa syövän tyyppi ja levinneisyys, hoitoalueen sijainti, potilaan ikä sekä vointi (Tenhunen, Ojala ja Kouri 2002, 24). Sädehoitosuunnitelma on aina henkilökohtainen, siksi jokainen suunnitelma räätälöidään jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Työnjako tapahtuu niin, että sädehoidosta vastaava lääkäri määrää potilaalle yksilöllisen hoitoalueen, potilaan tarvitseman kokonaisannoksen, sädehoitokertojen määrän ja jaksotuksen sekä piirtää suunnittelukuvaleikkeisiin sädehoidettavan alueen eli alueet, joihin halutaan antaa mahdollisimman tasainen sädeannos, ja alueet, jonne sädeannosta halutaan antaa mahdollisimman vähän. Elimitä joita halutaan eniten suojata säteilyltä kutsutaan kriittisiksi elimiksi. Sädehoitosuunnitelmaa varten tarvitaan tietoja myös kriittisten elimien sijainnista ja niiden annosrajoista. Tästä syystä myös kriittisten elimien sijainti tulee määrittää suunnitelmaa varten kuvaleikkeisiin, siitä syystä että eri kudoksien ja elimien sädeherkkyys on erilainen: kriittisille elimille on asettu annosrajoja, jottei tervekudosvaurioita tapahtuisi (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 7; Kouri ja Kangasmäki 2009; KYS 2008). Fyysikon tehtävänä on laskea näiden määreiden avulla mahdollisimman optimaalinen annossuunnitelma. Fyysikon apukätenä annossuunnittelussa voi toimia myös erikoiskoulutuksen saanut röntgenhoitaja (KYS 2008), mutta fyysikon on aina tarkastettava suunnitelman oikeellisuus ennen sädehoidon toteutusta. (Hyvärinen ja Räsänen 2010, 12–14; Tenhunen, Ojala ja Kouri 2002, 24.) Koska röntgenhoitajat toteuttavat sädehoitoa fyysikon laatiman suunnitelman mukaan, tulee myös röntgenhoitajan osata lukea potilaan henkilökohtaista sädehoitosuunnitelmaa (Jussila ym. 2010, 145).

Ennen hoidon alkua potilaan tunnistamisen apuvälineeksi tehdään valokuva- ja sormenjälkitunnisteet. Tunnisteet tehdään tavallisesti PKSSK:ssa ensimmäisen

sädehoitokerran yhteydessä. Tunnisteet nopeuttavat potilaan tunnistamista ja lisäävät myös potilasturvallisuutta.

5.2 Ensimmäinen sädehoitokerta

Ensimmäistä hoitokertaa varten potilalle varataan enemmän aikaa, sillä potilaalle kerrotaan kaikessa rauhassa sädehoidon toteutus ja hoitojakson pituus sekä käydään läpi yleisimmät haittavaikutukset. Aluksi on hyvä kertoa potilaalle, että sädehoito on kivutonta ja nopeaa (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 7; KYS 2005; Kekäläinen 2002, 17). Potilaalle on hyvä kertoa, että hoitoaika vaihtelee yksilöllisen suunnitelman mukaan, mutta keskimäärin sädehoito kestää asetteluineen kymmenestä viitentoista minuuttia (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 7; KSSHP 2004).

Ennen hoidon alkua potilaalle esitellään sädehoitoympäristö: säätötila, hoituhuone, hoitolaitteet ja pukeutumistilat. Potilaalle esitellään myös sormitunnisteen käyttö ensimmäisellä hoitokerralla, ennen hoituhuoneeseen astumista. Hoidon alussa annetaan myös potilaalle ensimmäisen hoitoviikon hoitoajat ja informoidaan potilasta hoitoon kuuluvista mahdollisista laboratorikokeista sekä hoitajan tai lääkärin vastaanotoista. Potilasta pyydetään kertomaan hoitohenkilökunnalle, mikäli voinnissa tapahtuu muutoksia. Tässä yhteydessä on myös hyvä kartoittaa potilaan tarve ylimääräisiin vastaanottoihin. Peruseriaatteena on, että jokaiselle potilaalle kuuluu lääkärin alkuvastaanoton lisäksi myös loppuvastaanotto, mutta potilaalla on oikeus saada ylimääräisiä hoitajan ja lääkärin vastaanottoaikoja tarpeen vaatiessa.

Sädehoidon toteuttamista varten potilas tulee asetella samaan asentoon kuin sädehoidon suunnittelukuvauksessa. Potilaan asettelussa käytetään täysin samoja fiksaatiovälineitä, jotka on merkattu sädehoitosuunnitelmaan (Jussila ym. 2010, 144). Ensimmäisellä hoitokerralla potilaalle kerrotaan, että häntä asettelee hoitoasentoon kaksi röntgenhoitajaa, joista toinen liikuttaa hoitopöytää ja toinen asettelee potilaan suoraan referenssi- eli tatuointi- ja tussimerkintojen mukaan. (Hyvärinen ja Räsänen 2010, 16–17; Jussila ym. 2010, 144–147.) Potilaalle on myös hyvä kertoa että, asettelun aikana röntgenhoitajat kommunikoivat keskenään potilaan tarkan asettelun saavuttamiseksi. Tässä yhteydessä on hyvä motivoida potilasta pysymään paikallaan ja olemaan mahdollisimman rentona, jotta asettelu onnistuisi mahdollisimman hyvin ja asettelun avulla saataisiin sädehoidettava isosentriin eli keskelle hoitoaluetta. Potilaalle voidaan selittää asettelun tavoite siihen sopivalla tavalla hyvän potilaanohjauksen tavoitteiden mukaisesti. Potilasta tulee ohjata pysymään hoitoasennossa liikkumatta koko hoidon ajan. On myös hyvä muistuttaa, että potilas ei itse lähtisi laskeutumaan hoitopöydältä hoidon päättyessä ennen kun hoitaja saapuu hoituhuoneeseen päästämään hänet hoitopöydältä. Lisäksi on tärkeää käydä potilaan kanssa käydään läpi muut potilasturvallisuuteen liittyvät asiat: Potilaalle tulee kertoa, että sädehoitolaitteissa on liiketunnistimet ns. törmäysuoja. Jos laite liikkuu liian läheltä potilasta se pysähtyy. (Jussila

ym. 2010, 146.) Ensimmäisellä hoitokerralla potilaalle tulee kertoa, että hän on hoidon aikana yksin ja että häntä tarkkaillaan hoidon aikana video- ja ääniyhteyden avulla (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 8; KYS 2005). Viestintää helpottamaan voidaan potilaan kanssa sopia merkistä. Esimerkiksi rintasyöpäpotilaan kanssa voidaan sopia varpaan heilauttamisesta, jos potilaalle tulee ongelmia paikallaan pysymisessä tai kysyttävää hoidon aikana. Potilasta on kuitenkin tässä yhteydessä muistutettava pitämään hoitoalue paikallaan hoidon osuvuuden varmistamiseksi (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012, 8). Potilaalle tulee kertoa myös hoitokoneen ja siihen kuuluvien kuvauslaitteiden liikkeistä ja äänistä. Laite pyörii kuvauksen ja hoidon aikana potilaan ympäri ja on hieman äänekäs.

PKSSK:ssa sädehoitoa toteutetaan pääsääntöisesti kuvantaohjatusti. Asettelen paikkansapitävyys varmistetaan toisin sanoen ennen jokaisen hoidon antamista röntgenkuvauksella. Ensimmäisillä kolmella hoitokerralla hoitokentät kuvataan myös hoitosäteillä. Lisäksi hoitosäteillä kuvataan kerran viikossa vähintään yksi hoitokerta. (PKSSK 2013a.) Hoidon alussa otettuja röntgenkuvia vertaamalla suunnittelukuvaan nähdään asettelen oikeellisuus ja voidaan arvioida hoidon osuvuutta (Järvenranta ja Vänskä 2009, 6). Mikäli potilas ei ole aivan halutussa asennossa leveys-, pituus- tai korkeussuunnassa, voidaan hoitopöytää liikuttaa haluttuihin lukemiin. Tätä toimenpidettä kutsutaan siirroksi. Hoitopöydän siirroista tulee aina kertoa potilaalle, sillä on hyvä varoittaa hoitopöydän liikkumisesta, ettei potilas säikähdä ja liukahda, jolloin asettelu joudutaan uusimaan. Sädehoidon suunnitelma, toteutus, fiksaatio ja asettelen onnistuminen määrittävät, tarvitaanko pöydän siirtoja. Esimerkiksi tavallisesti ulkoiset refenssipisteet ovat isosentrin ja ensimmäisen kiinteän hoitokentän keskipisteen kohdalla, jolloin potilaan siirtoja ei tarvita, mutta nykyisissä ns. kaarihoidossa referenssipisteet eli asettelumerkit voivat sijaita potilaassa mahdollisimman kiinteällä kohdalla, jolloin on tavallista, että asettelen jälkeen potilalle tehdään vielä siirtoja hoitopöydän avulla. (Jussila ym. 2010, 145.) Muuten isosentrissä hoidossa hoitopöytä ei liikuteta, mutta jos sädehoito annetaan vakioetäisyydellä, tulee jokaisen hoitokentän jälkeen siirtyä seuraavaan hoitokentän keskelle liikuttamalla hoitopöytä (Jussila ym. 2010, 145).

Hoito kestää sädehoitosuunnitelmasta riippuen tavallisimmin asetteluineen 15 minuuttia. PKSSK:ssa sädehoitoa toteutetaan sekä kiinteillä kentillä että kaarihoitona, joista kaarihoito on hoitoajan kestoltaan yleensä huomattavasti lyhyempi riippuen hoidettavien kenttien määrästä. Potilaan kannalta merkittävää tässä asiassa on se, että röntgenhoitajat kertovat potilaalle, kuinka laite liikkuu hoidon aikana, sillä tämä vaihtelee kiinteissä kentissä ja kaarihoidossa. Kun sädehoito on annettu potilaalle, voidaan fiksaatio purkaa ja auttaa potilas pois sädehoitopöydältä.

6 POTILAAN OHJAUS POHJOIS-KARJALAN KESKUSSAIRAALAN SÄDEHOITOYKSIKÖSSÄ

PKSSK:n sädehoitoyksikössä potilaita ohjataan pääasiassa suullisesti ja kirjallisesti. Ohjaus pohjautuu PKSSK:n sädehoitopotilaan polkuun sekä sädehoitoyksikön kirjallisiin työ- ja potilasohjeisiin. Tässä opinnäytetyössä lähdemateriaalina käytettiin PKSSK:n kirjallisia potilasohjeita (PKSSK 2014a–f). PKSSK:n potilasohjeissa on kerrottu, kuinka hoito suunnitellaan ja toteutetaan, millaisia haittavaikutuksia hoidosta voi ilmentua ja kuinka haittavaikutuksia voi ehkäistä tai helpottaa. PKSSK:n kaikissa potilasohjeissa on lisäksi myös osaston yhteystiedot, jotta potilas voi olla yhteydessä ongelmatilanteissa.

Sädehoitokoneella työskentelevien röntgenhoitajien osaamiseen kuuluu potilaan ohjaamisen lisäksi vastaanottaminen, sivuvaikutusten seuraaminen, potilaan yleiskunnon seuranta ja varsinainen sädehoidon toteuttaminen. Koska hoito on kokonaisvaltaista, on myös luonnollista, että potilaan ohjaaminen on merkittävä osa sädehoitotyötä. Hoitotilanteissa annettavan ohjauksen lisäksi yksi PKSSK:n sädehoitoyksikön röntgenhoitajista työskentelee kokopäiväisesti potilaiden ohjaajana. Ohjaavan röntgenhoitajan vastaanotolla hoitojaksoaan aloittavat potilaat käyvät sopimassa ja keskustelemassa käytännön asioista kuten muun muassa lääkehoito-, kyyti-, sairausloma- ja laboratorioasioista. Myös hoitojakson aikana ja sen päättyttyä on mahdollista piipahtaa hoitajan vastaanotolla tai ottaa puhelimitse yhteyttä askarruttavissa asioissa. Tärkeää on, että potilasta motivoidaan hoitojakson alussa ja sen aikana kertomaan sädehoidon aikana tapahtuvista mahdollisista muutoksista. Potilaat tarvitsevat lisäohjausta hoitojakson aikana vaihtelevasti, sädehoidettavasta alueesta ja yleiskunnostaan riippuen. Lisäksi potilaille varataan hoitojakson loppuun lääkärin loppuvastaanotto, jossa tarkastetaan potilaan vointi ja käydään läpi potilaan jatkohoitosuunnitelma. Näin varmistetaan hoidon jatkuvuus. (Jussila ym. 2010, 80, 156–157.) PKSSK:n sädehoitoyksikkö ohjaa sädehoitopotilaita hoitoon liittyvissä asioissa myös hoitojakson päättymisen jälkeen (PKSSK 2014a–f).

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyöprosessin toteuttamisen vaihteita.

7.1 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen ja audiovisuaalinen potilasohjemateriaali PKSSK:n sädehoitoyksikön kotisivuille. Ohjemateriaalin tavoitteena on lisätä PKSSK:ssa sädehoitojaksoa aloittavan sädehoitopotilaan informaatiota sädehoitoyksiköstä, potilaan hoitopolusta PKSSK:n sädehoitoyksikössä ja hoidon konkreettisesta toteutuksesta. Kirjallisen ja audiovisuaalisen ohjemateriaalin tarkoituksena on vastata moniin potilasta askarruttaviin kysymyksiin ja vähentää hoitoon liittyvää pelkoa (Kekäläinen 2002, 15–16, 35–36). Kirjallinen potilasohje vastaa kysymyksiin sädehoitopolun etenemisestä: siinä kuvataan yleisesti PKSSK:ssa sädehoitoa saavan potilaan hoitopolun eteneminen, ja lisäksi kirjallinen ohje vastaa

kysymyksiin sädehoidon toteutuksesta yleisellä tasolla. Audiovisuaalisessa potilasohjemateriaali vastaa kysymyksiin hoidon konkreettisesta toteutuksesta: siinä esitellään konkreettisesti sädehoitotapahtumaa potilaan asettelusta, röntgenkuvaukseen ja sädehoitoon. Audiovisuaalinen ohjemateriaali antaa potilaalle tietoa, kuinka sädehoitolaite liikkuu sädehoidon aikana, mikä voi lievittää pelkoa sädehoitotilannetta kohtaan.

PKSSK:n sädehoitoyksikön kotisivuilla ei ole vastaavaa ohjausmateriaalia. Näin luotettavan tiedon lisääminen Internetiin on merkityksellistä. Tavoitteena on myös helpottaa tiedonsaantia ajasta ja paikasta riippumatta, sillä informaation jakaminen Internetissä mahdollistaa ohjemateriaalin käytön vapaasti, potilaalle sopivana ajankohtana. Audiovisuaalisen potilasohjemateriaalin on tarkoitus tukea myös erityisryhminen, kuten vieraskielisten potilaiden, ohjausta.

7.2 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön työstäminen alkoi tiedonhankinnalla keväällä 2013. Aiheen valintaan vaikutti opinnäytetyön tekijän mielenkiinto sädehoitoa ja siihen liittyvää potilaan ohjaamista. Opinnäytetyöaihetta ehdotettiin PKSSK:n sädehoitoyksikköön ja keväällä 2013 sovittiin yhteistyöstä ja toukokuussa 2013 allekirjoitettiin ohjaus- ja hankkeistamissopimus.

7.2.1 Tiedonhankinta

Tiedonhankintaa tein kevästä 2013 alkaen. Etsin sädehoitopotilaan hoitopolkuun ja ohjaukseen soveltuvaa suomalaista ja kansainvälistä kirjallisuutta, ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä sekä pro gradu -tutkielmia, tutkimuksia, alan lehtiä, yksittäisiä artikkeleja sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ohjausmateriaaleja. Perehdyin myös muiden sairaanhoitopiirien olemassa oleviin sädehoitopotilaiden potilasohjeisiin. Päähakusanoina käytin sanoja *sädehoitotyö*, *syöpä*, *rintasyöpä*, *potilaan ohjaaminen* ja *audiovisuaalinen potilaan ohjaaminen*. Englanninkielisiä aineistoja etsittiin hakusanoilla *radiotherapy*, *cancer*, *breast cancer*, *patient information* ja *audiovisual patient information*. Tiedonhankinnassa käytetin valikointia sädehoitopotilaan ohjaukseen liittyvistä tutkimuksista ja lääketieteellisistä julkaisuista. Valitsin mukaan ne tutkimukset, jotka eniten palvelevat opinnäytetyön asiasisältöä ja rajausta. Analysoin aineistoa opinnäytetyön viitekehyksen kautta (Vilkkä 2010; Johansson 2007). Merkittävimpiä lähteitä kokosin yhteen ja jäsensin niitä uudelleen (Kyngäs ym. 2007, 55). Hoitotyöhön liittyvässä tutkimuksessa lähteiden tulee aina perustua tutkittuun tietoon, siksi tiedonhankinta toteutettiin lähdekriittisesti huomioimalla tekijöiden asiantuntijuus ja tutkimusten oikeellisuus ja ajankohtaisuus (Kyngäs ym. 2007, 57–61). Tärkein lähdekriittisyyden periaate on se, että arvioidaan, mikä tieto on luotettavaa ja mikä ei (Mäkinen 2005, 85). Opinnäytetyössä käytetin tarkastettuja, asiantuntijoiden kirjoittamia tutkimuksia ja julkaisuja. Painettujen julkaisujen luotettavuus perustuu siihen, että ne ovat asiantuntijoiden tarkastamia ennen painokelpoisuutta. Internet-lähteitä käytettäessä on huomioitava julkaisija ja arvioitava sen asiantuntijuutta. (Hyvärinen ja Räsänen 2010, 25; Kyngäs ym. 2007, 61.) Asianmukaista, tarkastettua tietoa on potilasjärjestöjen ja

sairaanhoitopiirien Internet-sivuilla (Kyngäs ym. 2007, 61). Lisäksi tiedonhankinnassa huomioin myös lähdeaineiston objektiivisuuden sekä luotettavuuden (Tampereen yliopisto 2012).

7.2.2 Ohjemateriaalin suunnittelu

Esittelin opinnäytetyön aihekuvauksen Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön prosessin mukaisesti opinnäytetyöseminaarissa syyskuussa 2013. Aihekuvauksen jälkeen opinnäytetyön suunnittelu eteni tutkimussuunnitelman toteutusvaiheeseen. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksyttiin tammikuussa 2014.

Tutkimussuunnitelman hyväksynnän jälkeen hain virallista tutkimuslupaa, johon kuului myös kuvauslupan hakeminen PKSSK:lta. Helmikuussa 2014 vierailin PKSSK:n sädehoitoyksikössä ja pääsin tarkkailemaan rinnan alueen sädehoitoa saavan potilaan ohjausta PKSSK:n sädehoitoyksikössä. Pääsin mukaan lääkärin alkuvastaanotolle, hoitajan vastaanotolle ja tunnistneiden eli sormienjälki- ja valokuvatunnisteiden tekoon. Tutkimuslupan hakeminen oli pitkä prosessi, sillä jouduin hakemaan lupaa PKSSK:lta kahdesti. Ensimmäistä hakemustani ei hyväksytty, ja jouduin muuttamaan tutkimussuunnitelmaa ja tekemään uuden tutkimuslupahakemuksen PKSSK:lle. Syynä ensimmäisen hakemuksen hylkäämisen oli, etten en saanut lupaa haastattelututkimukseen, jota olisin käyttänyt kirjallisen lähdeaineiston ohella kartoittaakseni PKSSK:n sädehoitopotilaan polkua. Alkuperäinen tavoitteeni oli kerätä tietoa PKSSK:n sädehoitopolusta haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa, sillä PKSSK:lla ei ollut aihetta käsittelevää kirjallista aineistoa, jota olisin voinut käyttää lähdeaineistona. Tein uuden tutkimussuunnitelman, jonka mukaan käsittelisin sädehoitopotilaan hoitoprosessia ainoastaan kirjallisen lähdeaineiston avulla. Toisessa tutkimussuunnitelmassa lähdeaineisto oli PKSSK:n asettamien vaatimusten vuoksi suppeampi, mutta toisella hakukerralla, huhtikuussa 2014, tutkimuslupani hyväksyttiin.

Tutkimuslupan hyväksymisen jälkeen alkoi opinnäytetyön toiminnallisen tuotoksen suunnittelu tiedonhankinnan ja sen analysoinnin perusteella. Kirjallisen potilasohjemateriaalin suunnittelussa käytin apuna PKSSK:n aikaisempaa potilasohjemateriaalia mutta myös muita kirjallisia sädehoitopotilaisen potilasohjeita. Audiovisuaalisen potilasohjemateriaalin suunnittelussa sovelsin potilasohjeista ja kirjallisuudesta haettua tietoa sädehoitopotilaan polusta ja sädehoidon toteutuksesta. Suunnittelun tavoitteena oli, että potilaan hoitopolussa ja ohjauksessa valitut ratkaisut voidaan perustella niiden lähdeaineistojen pohjalta, jotka eniten palvelevat aiheen rajausta ja viitekehystä.

Kirjallisen ohjemateriaalin suunnittelussa käytin apuna PKSSK:n aikaisempaa potilasohjemateriaalia mutta myös muita kirjallisia sädehoitopotilaisen potilasohjeita. Suunnittelun lähtökohtana oli noudattaa kirjalliselle potilaanohjaukselle asetettuja

laatuvaatimuksia, jotka on esitelty tarkemmin luvussa 5.2 Kirjallinen ohjaus. Näistä tärkeimpiä huomioon otettavia tekijöitä ovat kirjallisen ilmaisun selkeys ja informatiivisuus.

Audiovisuaalisen ohjemateriaalin suunnittelussa käytin lisäksi myös ns. käsikirjoitustekniikkaa, joka auttoi asiasisällön jäsentämisessä ja visualisoinnissa. Käsikirjoitus on menetelmä, jonka avulla voidaan suunnitella ja myöhemmin toteuttaa audiovisuaalista materiaalia. Mitä tarkemmin suunniteltu käsikirjoitus on, sen helpompi audiovisuaalista materiaalia on kuvata ja leikata, jotta päästäisiin haluttuun lopputulokseen. (Elokuvantaju 2010.) Käsikirjoitus voidaan jalostaa kuvakäsikirjoitukseksi, joka on käsikirjoituksen pohjalta tehty kuvallinen suunnitelma eli kuvausohje. Kuvausohjeen toteuttaminen on tärkeä osa visuaalisen materiaalin suunnittelua, sillä sen avulla varmistetaan, että teknisessä toetutuksessa kaikki ratkaisut ovat ennalta suunniteltuja. Tässä opinnäytetyössä olen suunnitellut audiovisuaalisen ohjemateriaalin toteutusta varten kuvausohjeen. Kuvausohje on opinnäytetyön liitteenä 1.

Audiovisuaalisen potilaohjemateriaalin suunnittelussa huomioitavia tekijöitä olivat kohderyhmän määrittäminen, kerronnan selkeys ja ohjemateriaalin pituus. Suunnittelun lähtökohtana oli, että audiovisuaalisessa ohjausmateriaalissa kuvataan sädehoidon toteutusta. Tärkeää oli myös määrittää, mihin sädehoitojakson vaiheeseen ohjemateriaali suunnitellaan. Koska potilaiden tiedon tarve on suurimmillaan ennen hoitojakson alkua (Satola 2011, 23; Kekäläinen 2002, 16), ohjausmateriaalin sisällön suunnittelu kohdennettiin nimenomaan hoitojaksoaan aloittavalle sädehoidon potilaalle. Koska ohjemateriaalin tavoitteena oli, että sitä voitaisiin soveltaa mahdollisimman monen sädehoitopotilaan ohjaamiseen, potilasohjemateriaali suunniteltiin yleisohjeeksi kaikille sädehoitoyksikön potilaille. Tämä rajasi ohjemateriaalin suunnittelussa sen, että audiovisuaalinen sisältö ei saanut olla liian yksityiskohtainen, jotta se soveltuisi mahdollisimman monelle potilaalle ns. yleisohjeeksi. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että audiovisuaalisen materiaalin kerronnassa keskityttiin kuvamaan ainostaan sädehoidon toteutukseen liittyviä perusasioita. Oli tärkeää huomioida, että valmiissa muodossaan audiovisuaalisen ohjausmateriaalin tulisi olla sopivan neutraali, ettei esimerkiksi videon katsominen aiheuta vääriä mielikuvia potilaalle. Lisäksi audiovisuaalisen materiaalin suunnittelussa otettiin huomioon, että sen sisällön tulisi olla helposti lähestyttävä, selkeä ja rauhoittava. Tärkeää oli myös luoda turvallisuutta ja luottamusta, jotka tukisivat potilaan käsityksiä siitä, millaista hoitoa hän tulisi saamaan. Suunnittelussa haluttiin korostaa myös potilasturvallisuutta, joka huomioitiin suunnittelemalla kuvakulmia, joissa sädehoitokoneen liikkeet ja ulottovuudet näkyvät selkeästi. Suunniteltujen kuvakulmien avulla potilas voi näkeä niin, etteivät sädehoitolaitteen osat osu häneen missään vaiheessa. Kuvamateriaalin avulla näytetään, että potilaan ja sädehoitolaitteen välissä on riittävästi tilaa, jotta potilas voi turvallisesti levätä sädehoitopöydän päällä. Lisäksi näytetään, kuinka potilaan vointia tarkkaillaan tv-monitorien avulla sädehoidon aikana.

Koko opinnäytetyön suunnitteluprosessissa otettiin huomioon yhteistyökumppanin potilasohjaukseen liittyvät tarpeet ja huomioitiin valmiin tuotoksen käytännönläheisyys.

Huomioitavaa suunnittelussa oli myös, että audiovisuaalinen ohje julkaistaisiin mahdollisimman helppokäyttöiseen muotoon.

7.2.3 Ohjemateriaalin toteutus

Ohjemateriaalin kuvausohjeen valmistuttua oli yhteistyökumppanin hyväksyttävä ohje ennen audiovisuaalisen materiaalin tuotantoa. Audiovisuaalinen materiaali kuvattiin PKSSK:n sädehoitoyksikön tiloissa elokuussa 2014. Kuvattu materiaali leikattiin elokuun lopussa valmiiseen muotoonsa. Leikkaus toteutettiin ilmaisohjelma Windows Live -elokuvatyökalulla sekä Adobe After Effects -ohjelmalla. Videomateriaalin leikkausprosessin työvaiheet sujuivat ongelmitta ja kuvaussuunnitelmaan pohjautuen. Kokonaisuudessaan audiovisuaalisen materiaalin leikkausvaihe kesti yhden työpäivän. Kuvamateriaalin leikkauksessa pyrittiin selkeyteen ja rauhallisuuteen. Liian nopeita leikkauksia kuvasta toiseen pyrittiin ehdottomasti välttämään. Muutamissa kuvien leikkaukskohdissa käytettiin siirtymäefektiä, jolla kuvataan ajan kulkun nopeutumista. Efektiä käytettiin, koska kaikkia hoitotoimenpiteeseen kuuluvia vaiheita ei ole mielestäni niiden pitkän keston vuoksi oleellista katsoa. On riittävää, että reaalisen ajanjuoksun sijaan potilas saa mielikuvan hoidon etenemisestä. Leikkauksessa määritettiin videomateriaaliin lisätty grafiikka: alku- ja lopputekstien otsikot fontteineen, fonttien värit, taustavärit ja käytetyt logot. Lisäksi määriteltiin kuvien siirtymät, kuvan materiaalin värien kylläisyys ja taustamusiikki. Alku- ja lopputekstien taustaväriksi halusin valita hyvin vaalean harmaan, sillä mielestäni se on rauhoittava ja sopivan neutraali suhteessa ohjemateriaalin asiasisältöön. Editointivaiheessa kokeilin, olisiko musta sopinut alku- ja lopputekstien taustaväriksi, mutta päädyin siihen lopputulokseen, että se olisi ollut liian synkkä.

Alkuperäisessä suunnitelmassa audiovisuaalisessa ohjemateriaalissa halusin käyttää äänikertojaa. Kuitenkin toteutuksen edetessä idea kerronnan tarpeellisuudesta muuttui tarpeettomaksi, koska koin sen vievän tilaa kuvalliselta kerronnalta. Mielestäni äänikertojan pois jättämien myös on toimivampi ratkaisu silloin, kun videomateriaalia katsotaan hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä. Valmiissa muodossaan materiaali antaa siis myös tilaa suulliselle ohjaukselle. Koska audiovisuaaliseen materiaaliin ei tullut kerrontaa, enkä halunnut jättää videomateriaalia täysin mykäksi, tuli valita ohjausmateriaaliin ja sen käyttötarkoitukseen sopiva taustamusiikki. Huomioitavia tekijöitä taustamusiikin valinnassa olivat neutraali tunnelma ja rauhallisuus. Taustamusiikin käytössä huomioitavaa oli, että käytetyn musiikin tekijänoikeudet eivät rajoita sen käyttöä ja julkaisua Internetissä. Etsin Internetistä SoundCloud-nimisestä palvelusta ilmaisen musiikkikappaleen, jonka tekijänoikeudet sallivat sen käytön ja julkaisun kaupallisissa Internet-mainoksissa ja -julkaisuissa. Näin ollen taustamusiikin tekijänoikeuksia kunnioitettiin. Musiikin tunnelman valitseminen oli vaikeaa, koska valittavanani oli vain rajoitettu määrä ilmaisia musiikkiteoksia. Lisäksi rajoitteena oli löytää sopivan neutraali musiikkiteos, koska en halunnut valita kappaletta, joka herättää suuria tunteita. Audiovisuaalisessa ohjemateriaali viimeistelyssä otettiin huomioon että valmis videomateriaali tallennetaan helppokäyttöiseen muotoon, jotta se on helposti katseltavissa.

7.2.4 Opinnäytetyön kirjallinen raportointi

Opinnäytetyön raportointi alkoi tutkimusluvan hyväksynnän jälkeen. Raporttidokumentti toimi opinnäytetyöprosessin alussa päiväkirjamaisena muistiinpanoalustana, jonka muokkasin opinnäytetyöprosessin edetessä nykyiseen muotoonsa. Kirjoitusprosessi oli vireillä koko ajan, ja esimerkiksi tietoa jäsennettiin aktiivisesti loppuvaiheessakin. Kirjalliseen raportointiin sain ohjausta ohjaavalta opettajaltani. Etsin myös itse aktiivisesti tietoa toiminnallisia opinnäytetöitä käsittelevästä kirjallisuudesta. Kevään 2014 aikana osallistuin myös ABC-pajoihin, jossa opinnäytetyön kirjallista muotoa ja asua hiottiin.

7.2.5 Salassapito

Ohjaussisällön suunnittelussa ja toteutuksessa otettiin huomioon potilaan hoitotyöhön liittyvä salassapitovelvollisuus sekä kunnioitettiin yhteistyökumppanin tietoturva- ja salassapito-ohjeita. Audiovisuaalisen ohjausmateriaalin kuvauksen aikana otettiin huomioon, että kuvaukset tapahtuvat yksikössä asioivien potilaiden hoito- ja vastaanottoaikojen ulkopuolella niin, ettei potilaita kuvattu. Kuvauksissa tarvittavat avustajat valittiin vapaaehtoisista PKSSK:n henkilökunnasta kuvausluvan ohjeiden mukaan. Avustajia pyydettiin allekirjoittamaan myös henkilökohtainen lupa kuvaukseen ennen kuvausta.

9 TUOTOS

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi kirjallinen ja audiovisuaalinen potilasohjemateriaali PKSSK:n sädehoitoyksikön kotisivuilla julkaistavaksi. Kirjallinen ohje on liitteenä 2. Kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjemateriaali tulevat nähtäville PKSSK:n sädehoitoyksikön kotisivuille osoitteeseen <http://www.pkssk.fi/sadehoito> (PKSSK 2013b).

Kirjallisen ohjemateriaalin sisältö kuvaa potilaan hoitojakson aloittamista PKSSK:n sädehoitoyksikössä. Siinä kerrotaan, kuinka sädehoitoyksikköön saavutaan: ennen sädehoitoja potilaan tulee käydä sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla. Lisäksi ohjemateriaalissa kerrotaan hoitoalueen mukaisten muottien tai maskien valmistamisesta ennen suunnittelukuvausta. Lisäksi kerrotaan sormitunnisteen ja valokuvan tarkoituksesta potilaan tunnistuksen apuvälineinä. Kirjallisessa ohjeessa kerrotaan suunnittelukuvausten toteutuksesta ja tarkoituksesta hoidon suunnittelussa. Lisäksi ohjeessa kerrotaan suunnittelukuvauksessa tehtävistä ihomerkinnoista ja niiden tarkoituksesta hoitojaksolla.

Audiovisuaalisen ohjemateriaalin tarkoituksena on kertoa sädehoitojaksoaan aloittavalle potilaalle, miltä hoitoympäristö ja sädehoitolaitteet näyttävät. Videomateriaalin avulla konkretisoidaan, kuinka hoito etenee. Videolla on kuvattu, kuinka potilas asettautuu sädehoitopöydälle ja kuinka röntgenhoitajat asettelevat potilaan suoraan iholla olevien

merkkien ja laserien avulla. Audiovisuaalisessa ohjeessa korostetaan myös potilasturvallisuutta, sillä siinä näytetään, kuinka hoitajat valvovat sädehoitopotilasta säätöhuoneessa hoidon aikana. Ohjeessa näytetään, kuinka sädehoitolaite liikkuu: kuinka röntgenkuvauslaitteet aukeavat sivulta hoidon alussa ja kuinka laite pyörii potilaan ympärillä. Videomateriaalin avulla kuvataan myös se, etteivät hoitolaitteen osat liikkeessaan voi törmätä hoitopöydällä olevaan potilaaseen. Audiovisuaalisessa potilasohjeessa näytetään, kuinka hoito päättyy siihen, että röntgenhoitaja laskee hoitopöydän alas. Tässä korostetaan myös turvallisuutta ja viestitetään potilaalle, että on turvallisinta odottaa, kunnes hoitohenkilökunta auttaa poistumaan sädehoitopöydältä hoidon päätyttyä.

10 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä yhdistyy toiminnalliseen työhön monta teemaa: sädehoitopotilaan kirjallinen ja audiovisuaalinen ohjaaminen sekä Internet-ohjaaminen. Näin opinnäytetyö tuo esiin potilaan ohjauksen monimuotoisuuden. Opinnäytetyöprosessin aikana olen perehtynyt potilaan ohjaukseen tärkeänä osana potilaan hyvää hoitoa. Olen pohtinut prosessin aikana, mitä on hyvä potilaan ohjaaminen, jotta osaisin itse tuottaa selkeää ja potilaslähtöistä potilasohjemateriaalia. Jussila ym. (2010, 182) kuvaavat, että hyvä potilaan ohjaaminen luo vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan ja potilaan välille. Olen pohtinut opinnäytetyöprosessin aikana sitä, miten kirjallisesta ja audiovisuaalisesta materiaalista saisi mahdollisimman potilaslähtöistä ja helposti lähestyttävää, ja olen pyrkinyt tuotoksen suunnittelussa huomiomaan potilaslähtöisyyttä mahdollisimman paljon. Potilasmateriaalin suunnittelu ja toteuttaminen voi kuulostaa helpolta, mutta tarkemmin siihen perehtyneenä voin todeta sen olevan haastavaa ja moniulotteista: suunnittelussa ja toteutuksessa tulee ottaa huomioon potilaan tarpeet ja samalla huomioda myös, miten valmis toteutus palvelee hoitohenkilökuntaa käytettävyydellään.

Opinnäytetyöprosessini oli pitkäkestoinen, noin puolitoista vuotta. Pitkässä prosessissa haastavinta oli toiminnallisen osuuden eli ohjausmateriaalin suunnittelu ja kirjallisen raportin laatimien. Positiivista pitkässä opinnäytetyöprosessissa on ollut se, että se on mahdollistanut etäisyyden ottamisen projektiin tarpeen vaatiessa. Etäisyys on auttanut varsinkin raportointiosuuden jäsentämisessä. Opinnäytetyössä tutkimussuunnitelman työstäminen ja tutkimusluvan hakeminen olivat opettavia prosesseja. Pienten epäonnistumisten seurauksena oma motivaationi työtä kohtaan vaihteli, mutta pienistä viiveistä huolimatta työ edistyi odotetusti, ja työelämälähtöinen asennoituminen kasvatti motivaatiota loppua kohden.

Olen mielestäni onnistunut opinnäytetyöprosessissa siinä, että olen itse aktiivisesti työstänyt työtä eteenpäin jatkuvasti. Kirjallisen raportin kirjoittaminen oli oppimiskokemuksena merkittävä: se auttoi ammatillisessa kasvussa ja paransi tieteellisen kirjoittamisen taitojani. Olen koko prosessin ajan pyrkinyt suunnitelmallisuuteen ja asettanut itselleni tiettyjä välitavoitteita. Huomasin myös välillä, että etäisyyden ottaminen raportointiprosessissa auttoi

jäsentämään ajatuksiani ja selkeytti opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitetta. Tiedonhankinta oli sujuvaa koko opinnäytetöprosessin ajan ja tuki raportointia. Koen tiedonhankinnan yhdeksi keskeiseksi vahvuudekseni luovuuden ohella tässä opinnäytetyöprosessissa. Tiedonhankinnassa mielestäni osasin arvoida tietolähteiden luotettavuutta opinnäytetyössä vaaditulla tutkimuseettisellä tavalla (Kuula 2006, 25; Mäkinen 2005, 85; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

Opinnäyteprosessissa on huomioitu koko prosessin ajan ohjaajan, yhteistyökumppanin sekä opponentin palautetta ja arviointia. Yhteistyökumppanilla oli oikeus ja mahdollisuus saada tietoa opinnäytetyön työvaiheista koko opinnäytetöprosessin ajan. Lisäksi ennen audiovisuaalisen potilasohjamateriaalin toteutusta PKSSK:n edustaja tarkasti kuvausohjeen, jotta sen sisältö vastaa PKSSK:n antamaa potilaan ohjausta. Audiovisuaalisen materiaalin toteutuksessa eettisyys on ohjannut monia teknisiä ja asiasisällöllisiä ratkaisuja, esim. sitä, että potilaita ei saa työssä kuvata salassapidon ja tietoturvan periaatteiden mukaan ollenkaan. Audiovisuaalisessa ohjausmateriaalissa käytetyt henkilöt ovat PKSSK:n henkilökuntaa, ja heiltä on pyydetty kirjallinen kuvauslupa.

Kun potilasohjemateriaali oli valmis, sain yhteistyökumppanilta, PKSSK:n sädehoitoyksikön osastonhoitaja Raakel Ikoselta, kirjallista palautetta jossa hän on tarkastellut tämän opinnäytetyöprosessin etenemistä sekä valmista tuotosta eli kirjallista sekä audiovisuaalista potilasohjemateriaalia. Ikosen palautteessa käy ilmi et on opinnäytetyöprosessia on ohjannut työelämä- sekä potilaslähtöisyys ja lisäksi olen ottanut hyvin huomioon ohjausmateriaalin laatuvaatimukset ohjausmateriaalin suunnittelussa sekä toteutuksessa. Ikosen mukaan opinnäytetyön tuotos on selkeä ja audiovisuaalinen ohjamateriaali antaa todenmukaisen kuvan sädehoitolaitteen liikkeistä sädehoidon aikana. Audiovisuaalisen ohjemateriaalin kautta välittyy turvallinen ja rauhallinen tunnelma. Kirjallisessa ohjemateriaali on kirjoitettu helposti ymmärrettävällä kielellä. (Ikonen 2014.)

Arvioidessani, olenko saavuttanut opinnäytetyölle asettamani tavoitteet, uskon, että olen onnistunut kirjallisessa ohjausmateriaalissa selittämään yleisesti PKSSK:n sädehoitoyksikössä sädehoitoa saavan potilaan hoitopolun selkeästi ja ymmärrettävästi. Lisäksi uskon, että olen onnistunut audiovisuaalisessa ohjausmateriaalissa esittämään sädehoitotilanteen mahdollisimman aidosti ja potilaslähtöisesti. Koen, että audiovisuaalinen ohjemateriaali on hyödyllinen ja käytettävä suullisen sekä kirjallisen ohjauksen tukena PKSSK:ssa. Ohjemateriaalin tosiasiallista vaikuttavuutta on kuitenkin hankalaa arvioida.

Kun olen opinnäytetyössäni syventynyt potilaan ohjaamiseen sädehoidossa, olen huomannut sen olevan hyvin yksilöllistä. Lähdemateriaalin mukaan ohjausmateriaalin suunnittelussa tulee määrittää tarve ja tavoitteet, jotka määrittelevät ohjauksen sisällön yksilöllisesti jokaiselle potilaalle erikseen. Alkuperäinen suunnitelmani oli toteuttaa pelkästään audiovisuaalinen ohje rinnan alueen sädehoitoa saavalla potilaalle, mutta ennen toteutusvaihetta – kun olin jäsentänyt potilaan ohjauksesta ja sädehoitopolusta hankkimaani tietoa sekä omia

työkokemuksiani – päädyin siihen, että aihearajaukseni on liian suppea. Siksi päädyin toteuttamaan yleisohjeen, joka voidaan soveltaa mahdollisimman monelle potilaalle sädehoitokohteesta tai syöpäsairaudesta riippumatta.

Ohjemateriaalin suunnittelu vaati minulta hankitun tiedon jäsentämisen taitoja. Toisin sanoen se vaati sädehoitopotilaan hoitopolun täydellistä tuntemista, jotta osasin soveltaa oppimaani tietoa ja tuomaan sen esille aluksi kuvausohjeeksi ja toiminnalliseksi tuotokseksi. Audiovisuaalisessa ohjemateriaalissa tavoitteena oli asiakaslähtöisyys, ja sisällön suunnittelussa tuli siksi ajatella potilaan hoitoprosessia nimenomaan potilaan näkökulmasta. Jäsentämisen vaikeus tuli esiin myös ohjemateriaalin suunnittelussa, sillä sädehoitojakson alussa potilas saa paljon uutta informaatiota, jonka muotoileminen potilaalle ymmärrettävään muotoon vaatii ammattitaitoa. Ensimmäisillä sädehoitokerroilla potilaan saama ohjaus on merkittävää ja suuren informaatiomäärän jäsentäminen selkeäksi kokonaisuudeksi haastavaa. Sanavalintoja ja muotoiluja tulee harkita tarkkaan, koska useimmat hoitoalan ammattisanat eivät ole riittävän ymmärrettäviä potilaille. Lisäksi on hyvä arvioida, mikä informointi on oleellista potilaan hoitojakson kannalta missäkin tilanteessa, kun otetaan huomioon potilaan voimavarat ja vastaanottokyky.

Olen tyytyväinen opinnäytetyössäni siihen, että olen mielestäni osannut pelkistää ohjemateriaalia riittävästi, mikä näkyy siinä, että potilasohjemateriaalissa on jätetty tietoisesti tilaa yksilölliselle suulliselle ja kirjalliselle ohjaamiselle. Esimerkiksi tästä syystä potilasohjemateriaalista rajattiin pois sädehoidon haittavaikutukset ja niiden oireenmukainen hoito, koska suuri informaatiomäärä ei olisi palvellut kaikkia sädehoitopotilaita ja se olisi tehnyt ohjemateriaalista sekavan ja pitkän.

Mielestäni opinnäytetyö onnistui myös työelämälähtöisyydessään. Siinä otettiin huomioon PKSSK:n tarpeet, ja toteutus mukautettiin nimenomaan PKSSK:n sädehoidon käytäntöihin. Ennen toiminnallisen työn toteutusta tutustuin tämänhetkiseen PKSSK:n potilasohjaukseen ja siinä käytettävään kirjalliseen materiaaliin. Opinnäytetyön toiminnallisessa tuotoksen suunnittelussa ja toteutuksessa otettiin huomioon PKSSK:n nykyinen potilasohjausmateriaali, jotta tuotettu materiaali mukailee muita ohjemateriaaleja ja jotta ohjeissa ei anneta ristiriitaista tietoa. Toiminnallisen tuoksen kirjallinen ja audiovisuaalinen potilasohjemateriaali tulee julkaistavaksi sädehoitoyksikön kotisivuilla. Materiaali on mielestäni tarpeellinen, koska vastaavaa materiaalia ei PKSSK:n sädehoitoyksikön kotisivuilla ole olemassa.

Koen, että monivaiheinen opinnäytetyöprosessi on tuonut mukanaan ammatillista kehitystä. Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut valmiuksiani sädehoitopotilaan ohjaamiseen, ja koen sisäistäneeni sädehoitopotilaan hoitoprosessin. Pelkästään tiedonhankinta on lisännyt valtavasti tietoa sädehoitopotilaan ohjauksesta, mutta olen myös osannut prosessoida ja koota tietojen pohjalta oleellisemman tiedon, jota olen voinut soveltaa audiovisuaalisen

materiaalin suunnittelussa. Ymmärrys erilaisista ohjausmenetelmistä ja niiden yksilöllisestä valinnasta potilaan voimavarojen ja tarpeiden mukaan kasvoi opinnäytetyöprosessin aikana.

Tämän opinnäytetyön jatkotutkimuksena voisi olla määrällinen tai laadullinen tutkimus, jonka avulla kartoitettaisiin Internet-ohjauksen vaikuttavuutta. Tutkimusmenetelmän valintaa tulee miettiä, miten potilasohjevideon toimivuutta tai vaikuttavuutta voitaisiin parhaiten mitata. Yksi esimerkki voisi olla potilashaastatteluun perustuva tutkimus, jolla tutkittaisiin miten potilaat kokevat audiovisuaalisen ohjemateriaalin käytön potilaan ohjauksessa. Toiminnallisen tuotoksen ympärille voitaisiin jatkossa toteuttaa myös toiminnallisia opinnäytetöitä: samankaltaisten kirjallisten ja audiovisuaalisten potilasohjemateriaalien lisääminen PKSSK:n Internet-sivuille, millä syvenettäisiin esimerkiksi yleisimpien syöpäsairauksien sädehoitotietoa.

12 LÄHTEET

ANDERSON, Amy. KLEMM, Paula. 2008. The Internet: friend or foe when providing patient education? *Clinical Journal of Oncology Nursing* 12(1), 55–63

ANTTILA, Ahti. MALILA, Nea. 2013. Miten seulotaan? Julkaisussa: JOENSUU, Heikki, ROBERS, Peter J, KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa, JYRKKIÖ, Sirkku, KOURI, Mauri, TEPPÖ, Lyly. 2013. *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

ELOKUVANTAJU, 2010. Käsikirjoitus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-10-05.]
Saatavissa:<http://elokuvantaju.uiah.fi/oppimateriaali/kasikirjoitus/kasikirjoitus.jsp>

ERIKSSON, Elina. KUUPPELOMÄKI, Merja. 2000. *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Porvoo: WSOY

HERKMAN, Juha. 2001. *Audiovisuaalinen mediakulttuuri*. Helsinki: Vastapaino.

HYVÄRINEN, Merja. RÄSÄNEN, Heli. 2010. Sätehoitoa saavan rintasyöpäpotilaan ohjausmateriaali. Savonia ammattikorkeakoulu. Radiografian- ja sädehoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2014-04-05.] Saatavissa:
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22472/Hyvarinen_Merja.pdf?sequence=1

IKONEN, Raakel. 2014-09-16. Opinnäytetyön tuotoksen kirjallinen palaute. [Sähköpostiviesti] Vastaanottaja Susanna Karttunen. [Tulostettu 2014-09-16.]

ISOLA, Jorma. KALLIONIEMI, Anne. 2013. Kasvainsairauksien määritelmä ja jaottelu. Julkaisussa: JOENSUU, Heikki. ROBERS, Peter J. KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa. JYRKKIÖ, Sirkku. KOURI, Mauri. TEPPÖ, Lyly. 2013. *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

JAVANAINEN, Marika. 2007. *Syöpä. Vaihevuodet*. Terveyskirjasto Duodecim. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-08-29.] Saatavissa:
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=avv00022

JOENSUU, Heikki, HUOVINEN, Riikka. 2013. Rintasyövän yleisyys. Julkaisussa: JOENSUU, Heikki, ROBERS, Peter J, KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa. JYRKKIÖ, Sirkku. KOURI, Mauri. TEPPÖ, Lyly. 2013. *Syöpätaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

JOENSUU, Heikki. ROBERTS, Peter. TEPPÖ, Lyly. 2006. *Syöpätaudit*. Vammala: Kustannus Oy Duodecim, Vammalan kirjapaino.

JOHANSSON, Kirsi. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 51. Turku: Turun yliopisto

JOHANSSON, Risto. 2012. Sätehoito. Duodecim. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-08-28.] Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01078

JUSSILA, Aino-Liisa. KANGAS, Anne. HALTAMO, Mikko. 2010. *Sätehoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy 14–253

JÄRVENRANTA, Hanna. VÄNSKÄ, Niina. 2009. Sätehoidon osuvuuden mittaaminen Portal-kuvista. Savonia ammattikorkeakoulu. Radiografian- ja sädehoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö [Viitattu 2014-2-23.] Saatavissa:
www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4737/Niina_Vanska.pdf?sequence=1

KARHU-HÄMÄLÄINEN, Anita 2002. Syöpä sairastavan potilaan odotuksia ja kokemuksia hoidosta sädehoitojakson aikana. Turun yliopiston julkaisu sarja C, osa 188. Scripta lingua fennica edita. Turku: Turun yliopisto.

KEKÄLÄINEN, Ulla. 2002. Rintasyöpään sairastuneiden naisten hoitokokemuksia sädehoitojakson aikana. Kuopion yliopisto. Pro gradu-tutkielma. 6 -71

- KOURI, Mauri. KANGASMÄKI, Aki. 2009. Moderni sädehoito. Aikakauskirja Duodecim.[Verkkojulkaisu] [Viitattu 2014-04-26.] Saatavissa: www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98024
- KOURI, Mauri, TENHUNEN, Mikko. 2013. Sädehoidon merkitys ja säteilylajit, Syövän sädehoito. Julkaisussa: JOENSUU, Heikki. ROBERS, Peter J. KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa. JYRKKIÖ, Sirkku. KOURI, Mauri. TEPPÖ, Lyly. 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 596–148
- KUULA, Arja. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- KYNGÄS, Helvi, HENTINEN, Maija. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- KYNGÄS, Helvi. KÄÄRIÄINEN, Maria. POSKIPARTA, Marita. JOHANSSON, Kirsi. HIRVONEN, Eila. RENFORS, Timo. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- KYS. 2004. CT-röntgenhoitajan tehtävät CT:llä. Työohje. Kuopion yliopistollinen keskussairaala. 17.12.2004.
- KYS. 2005. Rinnan alueen sädehoitoa saavalle potilaalle. Potilas ohje. Kuopion yliopistollinen keskussairaala. 3.3.2005.
- KYS. 2007. CT-virtuaalisimulointi rinnan alueelle. Työohje. Kuopion yliopistollinen keskussairaala. 7.6.2007.
- KYS. 2008. Annossuunnitelman tekeminen sädehoitoon tulevalle potilaalle. Työohje. Kuopion yliopistollinen keskussairaala. 27.6.2008
- KÄÄRIÄINEN, Maria. KYNGÄS, Helvi. UKKOLA, Liisa. TORPPA, Kaarina. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 2005. Nro 1, 12–13.
- KÄÄRIÄINEN, Maria. LAHDENPERÄ, Tiina. KYNGÄS, Helvi. 2005. Asiakaslähtöinen Ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 2005. Nro 33, 27–29.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA 17.8.1992/785. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-06-03.] Saatavissa: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785
- LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ 28.6.1994/559 [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2014-09-15.] Saatavissa: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559
- LEADBETTER, Maria. 2003. Internet support for people who are affected by breast cancer. Nursing Times 2003. Nro14, 26–27.
- LEIDENIUS, Marjut, JOENSUU, Heikki. 2013. Rintasyövän diagnostiikka: kuvantaminen ja morfologiset tutkimukset Julkaisussa: JOENSUU, Heikki. ROBERTS, Peter J. KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa. JYRKKIÖ, Sirkku. KOURI, Mauri. TEPPÖ, Lyly. 2013. Syöpätaudit. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi. 597 - 599
- MUSTAJOKI, Pertti. KUNNAMO, Ilkka. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Terveyskirjasto Duodecim. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-08-27.] Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00147
- MÄKINEN, Olli. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- PKSSK. 2012. Pään ja kaulan alueen sädehoitoa saavalle potilaalle. Potilasohje. Syöpätautien poliklinikka. 16.5.2012

PKSSK. 2013a. Konekuvaussädehoidossa.Työohje. 20.6.2013.

PKSSK. 2013b. Sädehoitoyksikkö. Internet-sivu.[Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-08-29.] Saatavissa: www.pkssk.fi/sadehoito.

PKSSK. 2013c. Prostatan TT-simulointi. Työohje. 12.8.2013.

PKSSK. 2013d. Rektumin ja gynekologian alueen TT-simulaatiot. Työohje. 12.8. 2013.

PKSSK. 2014a. Potilasohje lantion aluen sädehoitoa saavalle miespotilaalle. Potilasohje. Syöpätautien poliklinikka.10.1.2014

PKSSK. 2014b. Potilasohje lantion aluen sädehoitoa saavalle naispotilaalle. Potilasohje. Syöpätautien poliklinikka.10.1.2014

PKSSK. 2014c. Potilasohje rintakehän alueen sädehoitoa saavalle potilaalle. Potilasohje. 10.1.2014.

PKSSK. 2014d. Potilasohje sädehoitoa saaville rintasyöpäpotilaille. Potilasohje. Syöpätautien poliklinikka. 10.1.2014.

PKSSK. 2014e. Potilasohje vatsan alueen sädehoitoa saavalle potilalle. Potilasohje. Syöpätautien poliklinikka. 10.1.2014

PKSSK. 2014f. Yleistä sädehoidosta. Potilasohje. Syöpätautien poliklinikka. 10.1.2014

RUMMUKAINEN, Anu. 2013. Vanhukset haluavat lisää nettipalveluja. YLE.[Verkkojulkaisu] [Viitattu 2013-08-27.] Saatavissa: http://yle.fi/uutiset/vanhukset_haluavat_lisaa_nettipalveluja_-_skypetys_jo_peruskauraa/6563385

RÄTY, Tarja. 2011. Internetin sisältämä terveystieto. Haaste potilailla ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutussuhteelle? Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma.[Verkkojulkaisu] [Viitattu 2014-04-27.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130240/urn_nbn_fi_uef-20130240.pdf

SANKILA, Risto. 2013. Yleisyys ja syöpien rekisteröinti. Teoksessa JOENSUU, Heikki. ROBERTS, Peter J. KELLOKUMPU-LEHTINEN, Pirkko-Liisa.JYRKKIÖ, Sirkku. KOURI, Mauri. TEPPÖ, Lyly. 2013. Syöpäaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 31–34

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPiIRI. 2012. Opas sädehoitoon tulevalle.[Verkkojulkaisu] [Viitattu 2014-04-26.] Saatavissa: www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/KONSERVATIIVINEN2/SYOPATAUDIT/OPAS%20S%C4DEHOITOON%20TULEVALLE_20120102_TTT_FINAL%5B1%5D.PDF

SATOLA, Hanna. 2011. Leikkauspotilaan ohjaus. Video ja kirjallinen ohje LEIKO-toiminnasta. Satakunnan ammattikorkeakoulu (YAMK). Hyvinvointiteknologia koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2013-06-17.] Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33352/satola_hanna.pdf?sequence=1

SIEKKINEN, Mervi. 2006. Potilaan Internet-ohjaukseen kohdistuvat tiedolliset odotukset sädehoitojakson aikana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma

SIEKKINEN, Mervi. SALANterÄ, Sanna. LEINO-KILPI, Helena. 2009. Sädehoitopotilaan internetin käyttö. Kliininen Radiografiatiede. Nro 1, 4–11.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS POTILASASIAKIRJOISTA 289/2009. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2014-04-26.] Saatavissa: www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298

SYÖPÄINFO 2014. Sädehoito. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2014-04-29.] Saatavissa: www.syopainfo.fi/syovan-hoito/sadehoito.html

TAMPEREEN YLIOPISTO. 2012. Internet-aineiston arviointikriteerejä. [verkkojulkaisu] [viitattu 2014-01-18] Saatavissa: <http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/arviointikriteereja.html>

TENHUNEN, Mikko. OJALA, Antti. KOURI, Mauri. 2002. Ulkoisen sädehoidon suunnittelu ja tekninen toteuttaminen. Julkaisussa: JOENSUU, Heikki. KOURI, Mauri. OJALA, Antti. TENHUNEN, Matti. TEPPÖ, Lyly. Kliininen sädehoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 24–36

TERVEYDENHUOLTOLAKI 30.12.2010/1326 [Verkojulkaisu] [Viitattu 2014-09-15.] Saatavissa: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P13

TORKKOLA, Sinikka. HEIKKINEN, Helena. TIAINEN, Sirkka. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittely. [Verkojulkaisu] [Viitattu 2014-04-18.] Saatavissa: www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

VALVE, Juha. 2010. Säteilyfysiikka. Julkaisussa: JUSSILA, Aino-Liisa. KANGAS, Anne. HALTAMO, Mikko. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy. 32–76.

VEHMANEN, Leena. 2012. Paikallisen rintasyövän hoito. Terveyskirjasto Duodecim. [Verkojulkaisu] [viitattu 2013-08-29.] Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00468

VILKKA, Hanna. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Diasarja.[Verkojulkaisu] [Viitattu 2014-01-18.] Saatavissa: http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf.

VÄLIMÄKI, Maritta. SUHONEN, Riitta. KOIVUNEN, Marita. ALANEN, Seija. NENONEN, Heljä. 2007. Henkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. Hoitotiede. Nro 3, 116

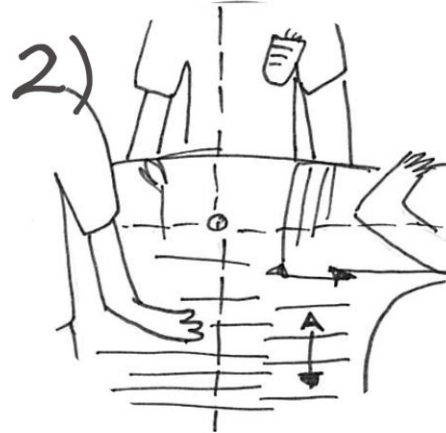
LIITE 1: KUVAUSOHJE

Audiovisuaalisen potilasohjemateriaalin kuvausohje
Opinnäytetyö
Susanna Karttunen

6.8.2014



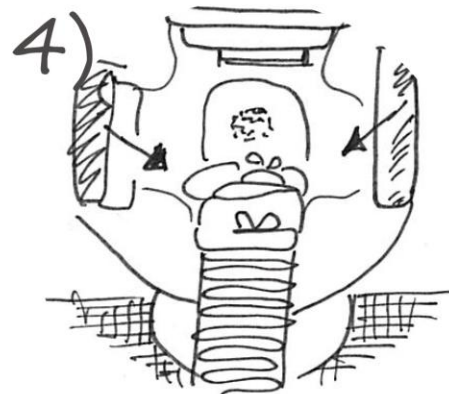
Kokokuva sädehoitolaitteesta. Potilas hoitopöydällä. Hoitaja liikuttaa pöytää.



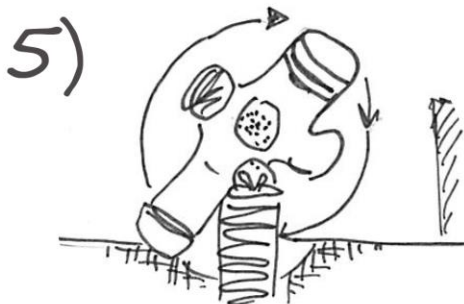
Lähipuolikuvassa rtghoitajat asettelevat potilaan suoraan asettelumerkkien ja laserien avulla.



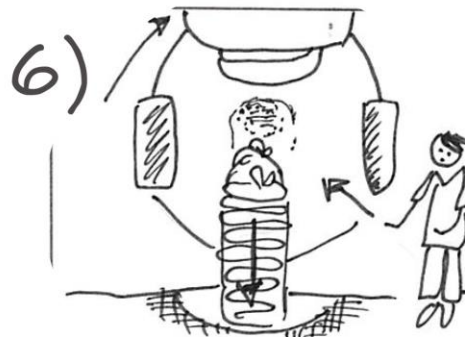
Puolikuva säätöhuoneesta. Hoitaja tarkkailee potilasta ja ohjaa sädehoitolaitetta.



Kokokuvassa potilas hoitopöydällä liikkumatta. Kuvaslaitteet ajetaan ulos.



Kokokuvassa sädehoitokone pyörii hoitopöydällä olevan potilaan ympäri.



Sädehoitolaite pysähtyy ja rtghoitaja laskee pöydän alas.

LIITE 2: KIRJALLINEN OHJAUSMATERIAALI

Sädehoito

Sädehoito on yksi monista syövän ja joidenkin muiden sairauksien hoitomuodoista. Syövän hoitomuotona sitä voidaan käyttää pelkästään tai jotakin muuta hoitoa täydentävänä hoitona. Sädehoitoa varten tulee olla lähete erikoissairaanhoidon.

Ennen sädehoidon alkamista tulee tehdä sädehoitopäätös lääkärin kanssa. Lääkäri määrää sädehoitoannoksen, jaksotuksen eli kuinka monta sädehoitokertaa potilas tulee saamaan. Tavallisesti sädehoitojakson pituus vaihtelee 1-5 viikkoon, jonka aikana potilas käy päivittäin sädehoidossa.

Lääkärin vastaanoton jälkeen tulee käydä ohjaavan hoitajan vastaanotolla, jossa käydään läpi käytännön asioita kuten käyntitodistuksia, sairaslomatodistuksia, lääkehoitoon liittyviä asioita ja muita sädehoitoon liittyviä askarruttavia asioita. Hoitajan vastaanoton jälkeen tulee käydä lisäksi muottimestarin vastaanotolla jos hoito-alue vaatii erikoistukia hoitoasennon tukemiseksi paikalleen. Tällaisia ennen suunnittelukuvausta olevia erikoistukia voi olla mm. pään ja kaulan alueen hoidossa käytettävät maskit. Tässä yhteydessä voidaan tehdä tunnistet eli sormenjälki- ja valokuvatunnisteet, mutta ne voidaan tehdä myös ensimmäisen sädehoitokerran yhteydessä. Tunnisteet tehdään vain sädehoitoyksikön käyttöön ja ne auttavat potilaan tunnistamisessa sekä lisäävät potilasturvallisuutta. Mikäli hoitoa varten ei tarvita maskeja tai muotteja, voidaan tunnistet tehdä ensimmäisen sädehoitokerran yhteydessä.

Seuraava vaihe on sädehoidon suunnittelukuvaus, joka sijaitsee Tikkamäen röntgenin tiloissa (P-kerros, E-siipi). Kuvaus tapahtuu tietokonetomografia- eli CT-laitteella, jolla saadaan leikekuvia hoitoalueesta. Kuvaleikkeitä tarvitaan sädehoidon yksilölliseen suunnitelmaan, jonka lääkäri ja fyysikko yhdessä toteuttavat. Kuvauksen jälkeen hoitoalue merkitään iholle tatuoimalla ja tussi-tarramerkeillä.

Ensimmäisellä hoitokerralla tehdään tunnistet eli sormenjälki- ja kuvatunniste, jos niitä ei ole tehty aikaisemmin. Sädehoitoa annetaan sädehoitolaitteella ja potilas tuetaan täysin samaan asentoon kuin potilas on suunnittelukuvauksessa. Alla olevassa videossa näytetään tarkemmin kuinka sädehoitoa annetaan.

--- AUDIOVISUAALINEN OHJEMATERIAALI TÄHÄN ---

Tavallisesti sädehoitokerta kestää asetteluineen 15-30 minuuttia, kesto vaihtelee yksilöllisen suunnitelman mukaan. Sädehoitojakson aikana sädehoitokoneella työskentelevät röntgehoitajat seuraavat potilaan vointia ja jaksamista. Jokaiselle sädehoitopotilaalle hoidon loppupuoella kuuluu lääkärin loppuvastaanotto, jossa käydään läpi mahdolliset haittavaikutukset ja jatkohoitosuunnitelma. Pään ja kaulan alueen sädehoitoa saavat potilaille varataan tavallisesti myös lääkärin välivastaanotto.